

PASTORAAT AAN PERSONE
MET TOURETTESINDROOM EN HULLE GESINNE

deur

JOHANNA VERHOEF

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes
vir die graad

MAGISTER THEOLOGIAE

in die

DEPARTEMENT PRAKTIESE TEOLOGIE

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: PROF. J.T. DE JONGH VAN ARKEL

MEDESTUDIELEIER: DR. J.S. DREYER

NOVEMBER 1994



01588223

OPGEDRA AAN JAN VAN COLLER, MY BESTE VRIEND.

OPSOMMING

Tourettesindroom is 'n lewenslange versteuring wat gekenmerk word deur motoriese en vokale trekkings saam met moontlik ook komorbiede simptome soos aandagtekort-hiperaktiwiteits-versteuring, obsessief-kompulsiewe versteuring, aggressie en depressie. Die sindroom kom in hoë mate in Suid-Afrika voor en die pastor kan dus heel moontlik daarmee te doen kry. Die beste behandeling vir die sindroom is medikasie saam met gedrags- en gesinsterapie toegedien deur 'n multi-dissiplinêre span. Die pastor het 'n rol om te vervul in hierdie span aangesien persone met Tourettesindroom dikwels probleme het in hulle verhoudings met God, hulleself en ander mense. Vir effektiewe pastorale berading aan sodanige persone, moet die pastor deeglike kennis hê van die sindroom en die simptome daarvan, asook van sy of haar invalshoek as pastor. 'n Moontlike kernmoment van die sindroom wat deur die pastor aangespreek kan word, is die verlies aan beheer wat deur die lyer ervaar word. Die sindroom kan as 'n verskoning gebruik word vir negatiewe en onverantwoordelike gedrag en die pastor sal die lyer dus moontlik eties moet konfronteer op 'n medemenslike wyse.

SUMMARY

Tourette Syndrome is a lifelong disorder. Symptoms are motoric and vocalic tics with possible comorbid symptoms such as attention deficit disorder with hyperactivity, obsessive-compulsive disorder, and depression. It is frequent among South Africans and the pastor will probably be confronted with persons struggling with the syndrome. The best therapy for Tourette Syndrome is medication in conjunction with behaviour and family therapy administered by a multi-disciplinary team. Persons with Tourette Syndrome have problems maintaining relationships with God, themselves and others. The pastor therefore has a definite role to play in the team. Knowledge of the syndrome and its symptoms, and of pastoral care are essential for successful pastoral counseling. A possible central theme of the syndrome is the loss of control experienced by the person with the syndrome. The syndrome can become an excuse for negative and irresponsible behaviour and ethical confrontation may be necessary.

Disorder; Tourette Syndrome; Tics; Comorbid Symptoms; Pharmacological Therapy; Behaviour Therapy; Family Therapy; Pastoral Counseling; Control; Ethics.

INHOUDSOPGAWE

OPSOMMING	i
SUMMARY	ii
HOOFSTUK EEN	
ORIËNTERING: PROBLEEMSTELLING EN METODOLOGIESE VERANTWOORDING	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Die invalshoek van die pastor	6
1.3 Probleemstelling	9
1.4 Doelstellings	10
1.5 Navorsingsmetodes	11
1.6 Verloop van die studie	11
1.7 Samevatting en vooruitskouing	12
HOOFSTUK TWEE	
DIE TOURETTESINDROOM: AARD, SIMPTOME EN VERLOOP	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Die simptome van Tourettesindroom	14
2.2.1 Die spiertrekkings ("tics")	16
2.2.2 Koprolalie	18
2.2.3 Komorbiede simptome	18
2.2.3.1 Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring	19
2.2.3.2 Leerprobleme	22
2.2.3.3 Obsessiewe, kompulsiewe en ritualistiese handeling	23
2.2.3.4 Gedragsprobleme	26
2.2.3.5 Seksuele wangedrag	30
2.2.3.6 Fobies en angsaanvalle	31
2.2.3.7 Depressie	32
2.2.3.8 Skisofrenie	33
2.2.3.9 Slaapprobleme	34
2.2.3.10 Verskeie ander geassosieerde kenmerke	34
2.2.3.11 Die positiewe eienskappe van Tourettesindroom	36
2.3 Die epidemiologie van Tourettesindroom	37

2.4	Die natuurlike verloop van Tourettesindroom	40
2.4.1	Die kinderjare	40
2.4.2	Adolesensie	40
2.4.3	Volwasse jare	40
2.5	Die etiologie van Tourettesindroom	41
2.6	Die behandeling van Tourettesindroom	43

HOOFSTUK DRIE

TOURETTESINDROOM EN PASTORAAT	45	
1	Inleiding	45
3.2	Vertrekpunte ten opsigte van pastoraat	46
3.2.1	Die proses van pastorale beraad	46
3.2.2	Die effek van pastorale beraad	46
3.2.3	Die funksies van pastorale beraad	47
3.2.4	Die momente van pastorale beraad	48
3.2.5	Ander belangrike aspekte van pastorale beraad	48
3.2.6	Die rol van die pastor	49
3.2.7	Die metode van pastorale beraad	50
3.2.8	Die benadering in pastorale beraad	53
3.3	'n Moontlike kernmoment in die pastoraat aan Tourettesindroom-lyers	54

HOOFSTUK VIER

SAMEVATTING, KONKLUSIES EN AANBEVELINGS		64
4.1	Inleiding	64
4.2	Samevatting	64
4.3	Konklusies	67
4.4	Aanbevelings	71
4.5	Slotsom	72
BIBLIOGRAFIE		73

HOOFSTUK EEN

ORIËNTERING: PROBLEEMSTELLING EN METODOLOGIESE VERANTWOORDING

1.1 Inleiding

Hierdie verhandeling gaan oor mense - individue uit alle lae en spektrums van die samelewing wat ondanks hulle verskille tog een faktor gemeen het. Daar is...

- * die huisvrou wat kompulsief haar huis agt keer per dag stofsuig.
- * die intelligente negejarige skoolseun wat sy jaar druipe omdat hy nie kan konsentreer nie.
- * die kleuter wat allergieepille by die dokter kry omdat sy gedurig haar ogies knip.
- * die laerskoolleerling wat dikwels beveel word om die klas te verlaat vanweë die hinderlike geluide wat hy gedurig maak.
- * die veertigjarige moeder van twee kinders wat gereeld op hulle skree uit onbeheersde woede.
- * die veelbelowende student wat in die geheim aan bulimie ly.
- * die suksesvolle sakeman wat sy hele inkomste wegdobbel.
- * die gewilde predikant wat in sy studeerkamer met ernstige depressie worstel.

- * die egpaar wat besig is om te skei omdat hulle nie weet hoe om hulle tienerseun se konfronterende en anti-sosiale gedrag te hanteer nie.

Al hierdie persone het in gemeen dat hulle lyers aan 'n bepaalde sindroom is - TOURETTESINDROOM. Die kernkenmerk van hierdie versteuring is meervoudige motoriese en een of meer vokale spiertrekkings. Hierdie versteuring wat aanvanklik as baie raar en uitsonderlik gereken is (Comings 1990:3), word sedert die tagtigerjare in Amerika by baie meer persone gediagnoseer en die voorkoms word as baie hoër gereken as wat aanvanklik vermoed is. Cohen, Bruun en Leckman (1988:xiii) noem verskeie faktore wat aanleiding gegee het tot hierdie verhoogde diagnosering en herkenning van Tourettesindroom:

- * Die beskikbaarheid van effektiewe behandeling moedig medici en andere aan om die diagnose te maak.
- * In Amerika het die Tourette Syndrome Association (TSA) navorsing oor die versteuring bevorder en ook baie gedoen om die publiek in te lig oor die versteuring en die behandeling daarvan. (In Suid-Afrika word dieselfde gedoen deur SATSI (die Suider-Afrikaanse Tourettesindroom Instituut).)
- * Kliniese navorsing van die sindroom het geweldig gegroei en ontwikkel.

In Suid-Afrika word Tourettesindroom ook in toenemende mate by kinders en hulle ouers gediagnoseer (Dijkman 1992:2). Onder die publiek geniet die versteuring meer bekendheid danksy artikels in tydskrifte en koerante, radiopraatjies, en die werk van SATSI.

Tourettesindroom word deur sommige navorsers en DSM-III-R omskryf as 'n versteuring met onwillekeurige spierbewegings

en onwillekeurige vokalisasie (DSM-III-R APA 1987:69). Daar is egter 'n nuwe stroom navorsers wat die versteuring nie meer so simplisties beskou nie, en Tourettesindroom nou sien as 'n komplekse versteuring wat oor 'n wye spektrum strek met ander geassosieerde simptome saam met die spiertrekkings ("tics") (Sandor 1993:214).

Bekende navorsers vanuit die buiteland (hoofsaaklik Amerika) wat hierdie siening huldig en probeer bevestig met hulle navorsing, is die egpaar Comings ('n genetikus en 'n sielkundige onderskeidelik), Thomas Chase ('n neuroloog), Arnold Friedhoff ('n psigiater), Donald Cohen ('n kinderpsigiater), Ruth Bruun ('n psigiater) en andere. In Suid-Afrika word hierdie stroom verteenwoordig deur George Gericke ('n genetikus).

Bruun (1988:27) noem dan ook as sodanige simptome wat saam met die trekkings by Tourettesindroom voorkom:

- * . aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring,
- * leerprobleme,
- * slaapversteurings,
- * obsessief-kompulsiewe versteuring,
- * seksuele wangedrag, en
- * anti-sosiale gedrag.

In pas hiermee het ook die DSM-III-R die simptome nodig vir 'n diagnosering van Tourettesindroom by 'n persoon geherdefinieer (Dijkman 1992:1). Onbeheersde vloek is nie meer 'n vereiste nie en die aanvangsjare is vervroeg na jonger as een en twintig jaar (DSM-III-R APA 1987:69; Louw 1989:429). Tog noem die DSM-III-R steeds net "tics" as

simptome nodig vir 'n diagnose van Tourettesindroom.

Binne die mediese wêreld word die definisie van DSM-III-R, wat as benadering 'n enger diagnose het, aanvaar. Ander geleerdes verskil egter hiervan en sluit ander simptome in by hulle definisie van Tourettesindroom. Voorbeelde van sodanige persone is reeds hierbo genoem en soos gesien kan word, kom sommige van hulle uit ander velde as psigiatrie. Hierdie verhandeling sluit by hulle siening aan en sien Tourettesindroom dus as 'n komplekse versteuring van trekkings saam met komorbiede simptome. Hierdie verhandeling wil nie poog om die korrektheid van sodanige beskouing te bewys nie en kies daarvoor sonder om aan te voer dat die enger benadering van DSM-III-R verkeerd is.

- Vir 'n diagnose van Tourettesindroom binne die wyer benadering word egter nog steeds vereis dat die persoon iewers in sy of haar lewe/kinderjare vir minstens een jaar lank trekkings/aanwendsels getoon het (Gericke 1994b).
- Hierdie verhandeling gee ook toe dat die wyer definisie van Tourettesindroom nog onderhewig is aan kritiek en dat daar nog geen finale uitsluitel bestaan nie. Tog word so 'n wyer definisie verkies deur hierdie verhandeling omdat dit aandag gee aan emosionele aspekte en gedragsaspekte naas die trekkings.

Persone met Tourettesindroom kan behandel word: "Since the treatment has to be molded to the symptoms in a given individual, it can range from no treatment to a complex combination of medication and psychotherapy" (Comings 1990:595). Psigoterapie is dan hoofsaaklik gerig op die hantering van die gepaardgaande gedragsprobleme. Dijkman (1992:2) stel voor dat die Tourettesindroom-lyer en sy of haar gesin addisionele hulp naas medikasie nodig het. Hierdie behoefte sentreer rondom opvoedingsbegeleiding, voorligting, emosionele steun en toepaslike verwysing.

Wanneer bogenoemde behoeftes van die Tourettesindroom-lyer en sy of haar gesin in ag geneem word, is dit duidelik dat die pastor/persoon wat pastoraat beoefen 'n belangrike funksie in die hulpverlening aan sodanige persone kan vervul. Met die nodige kundigheid van aan die een kant Pastoraat en aan die ander kant Tourettesindroom en die behandeling daarvan, kan die pastor in sy of haar kontak met gesinne en individue en hulle probleme, Tourette-sindroom herken, verwysings doen en die persone steun en begelei.

Die behandeling van Tourettesindroom geskied dus verkieslik deur 'n multi-dissiplinêre span bestaande uit 'n medikus, 'n sielkundige, 'n opvoedkundige en die pastor. Die verskillende spanlede lewer bydraes op grond van hulle verskillende kundighede en voorlopig kan die volgende moontlike funksies van die pastor in die span geantisipeer word: Hy of sy kan...

- * inligting verskaf oor die persoon* se geestelike welstand.
- * dien as skakel tussen die medikus wat die medikasie voorskryf, die betrokke sielkundige en die gesin.
- * as leier optree by die godsdiensverwante probleme in die simptomatologie van die Tourette-lyer.

As gevolg van die besondere aard van die sindroom moet Tourettesindroom-lyers nie sonder meer soos ander persone met gedragsprobleme gehanteer word nie. Indringende kennis van die sindroom is dus noodsaaklik. Die raad wat vir gewone gedragsprobleme gebied word kan soms in hierdie gevalle misluk (Dijkman 1992:3). Daarom is meer spesifieke voorstelle wat die spesifieke aard van die sindroom in ag neem, nodig vir die pastor wat pastoraat aan hierdie mense wil bied.

Die voorstelle vir die hulpverlening deur die pastor moet in die Teologie en Pastoraat gewortel wees, wat onmiddellik die invalshoek van die pastor beklemtoon.

1.2 Die invalshoek van die pastor

Onder hierdie punt is dit nodig om eers die praktiese-teologiese vertrekpunte van hierdie verhandeling te noem, aangesien pastoraat deel vorm van die veld van Praktiese Teologie. Praktiese teologie word as 'n handelingswetenskap gesien (Heyns & Pieterse 1990:13). Die handelingswetenskaplike benadering verbreed die objek van die vak, vestig die wetenskaplike karakter van die vak en verruim die perspektief van die vak, sodat kommunikatiewe handeling in diens van die evangelie ook buite die kerk, in die konkrete konteks van die samelewing bestudeer kan word (Pieterse 1993:107). Praktiese teologie benut dan ook ander dissiplines. Waar hierdie verhandeling pastoraat (die studie van sorgende handeling) wil betrek by Tourette-sindroom, is hierdie vertrekpunte belangrik, aangesien hierdie versteuring nie net 'n verskynsel is waaraan Praktiese Teologie aandag gee nie, maar ook baie ander vakgebiede.

Pastoraat het 'n lang geskiedenis en het ook verskeie tradisies. So is daar die Rooms Katolieke tradisie, die Lutherse tradisie, die Anglikaanse tradisie, die Gereformeerde tradisie, en die Kongregasionalistiese tradisie. Hierdie verhandeling sluit aan by die Gereformeerde tradisie. Die Dictionary of Pastoral Care and Counseling (Hunter 1990:841-842) omskryf hierdie tradisie soos volg: Die tradisie is gewortel in Calvyn en dit wil "teach, reproof, and comfort", en maak gebruik van prediking. Die Rooms Katolieke tradisie is weer meer gefokus op die sakramente, en die Anglikaanse tradisie plaas die klem op tradisie. Die Kongregasionaliste sien

pastoraat as die voorbereiding van mense op hulle ontmoeting met God. By die Lutherane val die klem op belydenis ("confession").

Pastoraat word deur verskillende skrywers in verskillende eras verskillend gedefinieer. De Jongh van Arkel (1991b:103) definieer pastoraat as "sorg, of meer spesifiek Christelike sorg... In die pastoraat word 'n aspek van God se sorgende handeling in 'n gespreksituasie aan mense bemiddel." Hy gaan dan voort om sorg te definieer as iets bykans sinoniem met medemenslikheid en hartlikheid.

Hierdie verhandeling sluit by bogenoemde definisie aan. Later in hierdie verhandeling val die klem op die etiese in pastoraat, maar hierdie etiese moment laat nie die medemenslikheid en hartlikheid van hierdie definisie wegval nie. Etiese konfrontasie word hier gesien as iets wat op 'n pastorale manier benader moet word binne die raamwerk van medemenslikheid en hartlikheid.

Dit het egter in die afgelope jare noodsaaklik geword om te onderskei tussen verskillende vlakke of vorme van pastoraat (De Jongh van Arkel 1988:3). Daar is dan drie gestaltes: onderlinge sorg, pastorale sorg en pastorale beraad.

Met onderlinge sorg word bedoel die ondersteuning wat lidmate/Christene mekaar onderling bied. Dit vorm die basis vir die ander twee vorms van pastoraat. Hierdie sorg word gekenmerk deur spontaneïteit en verg geen professionele kundigheid nie, maar spruit uit die grondhouding van liefde vir die medemens waardeur die Christen gekenmerk word.

Die tweede gestalte, naamlik pastorale sorg lê hiërargies nie hoër as onderlinge sorg nie, maar word van laasgenoemde onderskei deurdat 'n groter mate van kundigheid en formaliteit vereis word. Hierdie sorg is gerig op die

opbou en die versorging van die gemeente en word meestal deur die ampte (leraar, ouderling en diaken) deur middel van huisbesoek behartig. Die pastor is dus hier meer opgelei, alhoewel daar nog nie in die volle kompleksiteit van lewensprobleme ingegaan word nie.

Die volle kompleksiteit van mense se lewensvrae word in die derde gestalte aangespreek. Pastorale beraad vereis 'n hoë mate van opleiding en kundigheid, maar moet weereens nie hiërargies as belangriker as die ander twee gestaltes gesien word nie. Dit is wel 'n meer intensiewe vorm van sorg as die ander twee en vind plaas op 'n "kontrakbasis" waarvolgens plek en tye van ontmoeting gereël word.

Die drie vorms van pastoraat kan van mekaar onderskei word, maar tussen hulle is daar 'n intieme interafhanklikheid en wisselwerking. Die grense tussen die drie is ook diffuus in die praktyk, maar wanneer daar wetenskaplik oor pastoraat besin word, is die drie onderskeidings noodsaaklik.

Vir die doel van hierdie studie gaan op die derde gestalte van pastoraat gekonsentreer word, naamlik pastorale beraad. Dit word gedoen vanweë die kundigheid wat vereis word van 'n persoon wat met Tourettesindroom wil werk. Die persoon moet oor kennis beskik van die andersoortigheid van die probleme (en vreugdes) wat met Tourettesindroom saamgaan.

Patton (1983:16) definieer pastorale beraad soos volg:

"Pastoral counseling is a type of pastoral care which is performed by one who has been educated theologically for ordained ministry and who has the identity and accountability of a clergyperson. In pastoral counseling the roles of the primary giver and receiver of care are more clearly defined than in pastoral care, and the alienated person has taken initiative to

seek the help which he or she needs. It may include support, guidance, and a variety of other means through which care may be expressed."

Hierdie siening van pastorale beraad stel sekere eise aan die pastor en sy of haar werk (Patton 1983:37-82). Die pastor moet sigbaar, "visible" wees, met ander woorde die pastor moet as pastor gesien en gereken word en sodanige funksie hê in die oë van ander mense. Hiernaas moet die pastor ook in hom- of haarself die identiteit hê van pastor wees: Ek is 'n pastor. Voorts moet pastorale beraad deel bly van die geloofsgemeenskap en dit nie vervang nie. Die pastor moet dus in verhouding met die kerk bly deur 'n aktiewe lidmaat te wees, werklik Christelike werk te doen en deur sy of haar pastorale werk die Evangelie verkondig. Die ideaal is ook dat die pastor aan 'n oorhoofse struktuur verantwoording van sy of haar werk sal doen.

Pastorale beraad verkeer egter in 'n krisis deurdat gevra word hoe 'n pastorale beraad tegelyk teologies en sielkundig kan wees (Gerkin 1984:11). Tradisioneel is die antwoord gesoek in 'n oordrewe klem op die een of die ander. Moontlik lê die antwoord meer in die rigting van 'n balans tussen gewortel bly in die Christendom en ook oop wees vir die kundigheid van ander (sekulêre) wetenskappe.

Dit sluit aan by 'n siening van Praktiese Teologie as 'n "mondige vak" (Pieterse 1986:63-72), wat nie meer multi-dissiplinêr of inter-dissiplinêr werk nie. In die multi-dissiplinêre fase het Praktiese Teologie klakkeloos en op eklektiese wyse insigte uit ander wetenskappe oorgeneem en op die teologie van toepassing gemaak. Tydens die volgende inter-dissiplinêre fase het praktiese teoloë op gelyke vlak met ander wetenskaplikes in gesprek getree en is resultate nie meer klakkeloos oorgeneem nie, maar eers beoordeel vir geldigheid en betroubaarheid. Dit stel egter buitengewoon hoë eise aan die teoloog en tans verkeer die vak in 'n

intra-dissiplinêre fase waar empiriese ondersoeke self gedoen word. Die gereedskap van ander wetenskappe word dus op selfstandige wyse gebruik om self tot eie insigte te kom.

1.3 Probleemstelling

As daar aan die persoon wat aan Tourettesindroom ly, hulp verleen wil word, is dit voor die hand liggend dat die pastor die sindroom sal ken en sal verstaan hoe die lyer die simptome ervaar en beleef. Die diagnose word deur 'n medikus gemaak, maar die pastor moet vertrouwd wees met die simptome van Tourettesindroom en ook duidelikheid hê oor hoe die medikasie die persoon beïnvloed. Aangesien mense met verskillende aanmeldingsprobleme by die pastor opdaag, moet hy of sy bewus wees van die simptome wat moontlik op Tourettesindroom kan dui (Dijkman 1992:11).

Uit die voorafgaande kom die vraag na die aard en wese van Tourettesindroom na vore. Hier gaan dit om helderheid oor die simptome wat gewoonlik by die aanmelding van 'n persoon met gedragsprobleme voorgehou word. Kennis van die verloop van die versteuring is noodsaaklik vir 'n begrip van die sindroom en die effek daarvan op mense en hulle gesinne. Verder ontstaan die vraag na wat die hulpverleningstrategie van die pastor moet wees as Tourettesindroom by 'n persoon gediagnoseer is. Om op hierdie vraag 'n antwoord te formuleer, is dit nodig om aan pastorale vertrekpunte wat op die situasie van toepassing is, aandag te gee. Die pastor moet weet op watter pastorale terrein hy of sy hom of haar bevind.

Die volgende probleme word dus geïdentifiseer:

1.3.1 Wat is die aard, simptome en verloop van Tourette-sindroom?

- 1.3.2 Wat is 'n kernmoment van Tourettesindroom waarop pastorale beraad kan inspeel?

1.4 Doelstellings

Om die bogenoemde vrae te beantwoord word die volgende doelstellings vir hierdie studie gestel:

- 1.4.1 Om die aard, simptome en verloop van Tourettesindroom te beskryf.
- 1.4.2 Om 'n kernmoment van Tourettesindroom waarop pastorale beraad kan inspeel, te omskryf.

1.5 Navorsingsmetodes

Die navorsing word gegrond op literatuurstudie en op persoonlike gesprekke wat met 'n kundige op die terrein van Tourettesindroom, Professor G.S. Gericke van die Departement Menslike Genetika aan die Universiteit van Pretoria, gevoer is. (Hierdie gesprekke is op band beskikbaar.) Daar word ook verwys na 'n praatjie waaraan Prof. Gericke deelgeneem het in die program "Wat sê die dokter?", wat oor Afrikaans Stereo op 19 Augustus 1994 uitgesaai is. Hierdie praatjie is ook op band beskikbaar.

1.6 Verloop van die studie

Hoofstuk twee beskryf die aard, simptome en verloop van die Tourettesindroom. Die doel is om aan die pastor 'n breë begrip van die versteuring te gee sodat hy of sy die versteuring moontlik kan herken in die persoon wat betrokke is in die pastorale situasie en ook begrip en empatie vir die lyer kan hê.

In hoofstuk drie word die pastorale vertrekpunte omskryf wat inspeel op die pastorale beraad aan persone wat aan Tourettesindroom ly en hulle gesinne. 'n Kernmoment van die sindroom word uitgelig en die moontlike pastorale antwoord daarop word geformuleer. Hierdie hoofstuk wil dus voorstelle maak vir die pastorale hantering van persone met Tourettesindroom. Die voorstelle word met omsigtigheid en beskeidenheid gemaak vanweë die onbekendheid van hierdie terrein in die veld van pastoraat en vanweë die beperktheid van die omvang van hierdie studie. Die voorstelle het ook nie ten doel om 'n bepaalde metode van berading voor te stel nie, maar wil eerder aansluit by die bestaande benadering van die betrokke pastor.

In die vierde hoofstuk word tot 'n slotsom gekom, samevattende konklusies word getrek en aanbevelings word gemaak.

1.7 Samevatting en vooruitskouing

Die pastor het 'n bydrae om te lewer tot die hulpverlening aan persone wat aan Tourettesindroom ly. Medici en ander kundiges begin die behoefte aan 'n pastor met pastorale kundigheid aanvoel in hulle multi-dissiplinêre benadering tot hulpverlening aan persone met Tourettesindroom (Gericke 1994a). Daar is ruimte vir navorsing op die gebied van pastoraat aan persone met Tourettesindroom.

HOOFSTUK TWEE

DIE TOURETTESINDROOM: AARD, SIMPTOME EN VERLOOP

2.1 Inleiding

Sommige kundiges hou nie daarvan om die term "Tourette-sindroom" te gebruik nie en sien die versteuring eerder as "a mode of being" (Gericke 1994b). Die naam word egter nog algemeen in die literatuur gebruik om na hierdie menslike toestand te verwys en word ook so in hierdie verhandeling gebruik.

Die versteuring bekend as Tourettesindroom is vir die eerste maal beskryf deur Itard in 1825 (King & Ollendick 1984:2). In 1885 is hierdie verslag opgevolg deur 'n intensiewe beskrywing deur Georges Gilles de la Tourette (Robertson 1989:147) en sy naam is aan die versteuring gegee. Volgens Friel (King & Ollendick 1984:2) beskryf hy die siekte as "a nervous affliction characterized by motor incoordination accompanied by echolalia and coprolalia".

Tourettesindroom geniet die afgelope paar dekades baie aandag en na baie navorsing word die sindroom op verskeie maniere beskryf en gedefinieer. Sommige van hierdie definisies verskil van die definisie wat in DSM-III-R gegee word, deurdat nie net die trekkings alleen in berekening geneem word nie (Berecz 1992:20; Chase, Friedhoff & Cohen 1992:xv; Cohen, Bruun & Leckman 1988:xi-xii; Comings 1990:i; Goggin & Erickson 1979:339; King & Ollendick 1984:2; Lechky 1991:246; Robertson 1989:147; Shapiro & Shapiro 1982:379). Binne hulle wyer beskouing verskil die definisies egter ook afhangende van die vakgebied waaruit die navorser kom.

Die definisie van Jankovic (Chase, Friedhoff & Cohen

1992:7) kan as verteenwoordigend beskou word: "Once considered a rare psychiatric curiosity, Tourette syndrome (TS) is now recognized as a relatively common neurologic disorder characterized by unwanted movements and noises and by a variety of behavioral abnormalities, including obsessive-compulsive disorder (OCD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)." Die leser moet by hierdie definisie in gedagte hou dat Jankovic 'n neuroloog is en daarom die woord "neurologic" betrek in sy beskouing. Daar is egter nog nie finaal deur navorsers bevestig dat Tourettesindroom 'n breinafwyking is nie.

Die genetikus, Gericke (1994b), betrek weer in sy omskrywing die genetika en sien Tourettesindroom as een van die genetiese verskille tussen mense, soos wat sommige mense blou oë en ander bruin oë het. Tourettesindroom-mense noem hy "alles-of-niks-mense" wat sukkel om hulle potensiaal te bereik vanweë die genetiese risikofaktor van die sindroom wat hulle het. Ook hier moet dit egter beklemtoon word dat daar nog nie finale bewyse bestaan vir 'n genetiese oorsprong vir die versteuring nie, aangesien die moontlik betrokke geen nog nie gelokaliseer is nie.

Ondanks die verskillende beskrywings is daar onder die verskillende skrywers oor Tourettesindroom wat die siening huldig dat die sindroom meer behels as net trekkings, redelik eenstemmigheid oor die simptome van Tourette-sindroom.

2.2 Die simptome van Tourettesindroom

Die DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gee vyf kriteria vir die diagnosering van Tourettesindroom (APA 1987:69; Dijkman 1992:17):

* Veelvoudige motoriese en een of meer vokale "tics"

moet in die een of ander stadium, maar nie noodwendig gelyktydig nie, gedurende die "siekte" teenwoordig wees.

- * Die "tics" kan verskeie kere op 'n dag verskyn (gewoonlik in sarsies), amper elke dag, of sporadies oor 'n tydperk van meer as 'n jaar.
- * Die anatomiese voorkoms, hoeveelheid, frekwensie, kompleksiteit en intensiteit van die "tics" verander met verloop van tyd.
- * Die aanvang is voor die ouderdom van een-en-twintig jaar.
- * Die simptome is nie te wyte aan 'n psigoaktiewe substans, intoksikasie of 'n bekende sentrale senuweestelselsiekte soos Huntingdon-chorea of post-virusenkefalitis nie.

Hierdie simptome word uitgebrei deur die voorstanders van die siening van Tourettesindroom as komplekse versteuring. Die komorbiede simptome wat hulle (oënskynlik eindeloos) byvoeg, word hieronder by punt 2.2.3 gelys.

Ondanks die feit dat Tourettesindroom die laaste paar jaar meer bekendheid geniet, bly die diagnose daarvan problematies en word dit dikwels nie deur dokters herken nie, maar wel deur leke wat met die sindroom bekend raak deur (soms sensasionele) berigte in die media (Jankovic 1992:7). Dit kan moontlik deels gewyt word aan die ondeursigtigheid van die sindroom wat gevaar staan om as kapstok te dien vir enige problematiese gedrag wat nie sonder meer deur 'n ander siektetoestand verklaar kan word nie. Die onduidelikheid oor die presiese snypunt van die simptome van die sindroom maak dit moeilik om dit te diagnoseer. Dit wil uit die literatuur lyk of medici

(soos psigiaters) meer geneig is om die enger beskouing na te volg. Kundiges wat meer fokus op gedragsaspekte (soos opvoedkundige sielkundiges soos Dijkman, en genetici soos Gericke en Comings) volg weer meer die wyer benadering.

Die anti-diagnostiese houding onder sommige verteenwoordigers van die hulpverleningsprofessies (sien byvoorbeeld De Jongh van Arkel 1987:11-16) kan ook bydra tot 'n huiwering by professionele hulpverleners om Tourette-sindroom by mense te diagnoseer.

Volgens Goggin en Erickson (1979:339) is die gemiddelde tyd wat verloop tussen die aanvang van die versteuring en die diagnose daarvan tussen sewe en sestion jaar. Dit het noodwendig 'n baie negatiewe uitwerking op die pasiënte en verhoog hulle frustrasie en verwarring. 'n Vroeë diagnose is belangrik vir suksesvolle behandeling en verminder die kans op sekondêre psigologiese probleme.

Comings (1990:24) deel Tourettesindroom-lyers in drie groepe op grond van die erns van hulle simptome. Graad een gevalle se simptome is duidelik genoeg om as Tourette-sindroom gediagnoseer te word, maar so lig dat hulle geen medikasie vereis nie. Graad twee se simptome kan nog as matig bestempel word, maar medikasie word vereis. Persone wat onder graad drie val se lewens word ernstig belemmer en het probleme op skool, ernstige probleme met die instandhouding van interpersoonlike verhoudings of kan nie hulle werk behou nie.

2.2.1 Die spiertrekkings ("tics")

Die "tics" word in twee groepe verdeel, naamlik motories en vokaal (Comings 1990:13 en 17; Jankovic 1992:8; Leckman & Cohen 1988:4). Die trekkings het in gemeen dat hulle onwillekeurig is, vir 'n tyd onderdruk kan word, afneem en toeneem, en voorafgegaan

word deur 'n sensoriese sensasie soos 'n brandgevoel of jeukerigheid (Leckman & Cohen 1988:4). Die trekkings varieer in tydsduur, plek van voorkoms en graad. Die trekkings word ook nie gedurende slaap gestaak nie.

Motoriese trekkinge wat die meeste voorkom, is

- * oogknip
- * skouers optrek
- * hare uit die oë vee
- * mond oop en toe maak
- * arm uitstrek
- * gesigtrek
- * lippe lek
- * rol van oë
- * trek aan klere
- * aanraking van geslagsdele (Comings 1990:13.)

Die meer komplekse motoriese beweginge betrek meer as een spier en word dan ook stereotipe bewegings genoem (Comings 1990:14). Voorbeelde hiervan is spring, huppel en oorbuig om aan gras te ruik. Hierdie bewegings word altyd op dieselfde manier gedoen en duur ook langer as die meer eenvoudige trekkings.

Vokale trekkings ontwikkel gewoonlik na motoriese trekkings en word ook in twee groepe verdeel, naamlik

eenvoudig of kompleks. Vokale "tics" wat die meeste voorkom volgens Comings (1990:17) is:

* keelskoonmaak

* "grunting"

* snuif

* blaf

* snork

* hoes

* spoeg

* neurie

2.2.2 Koprolalie

Kompulsiewe vloek is een van die mees dramatiese simptome van Tourettesindroom en is ook die simptoom wat die meeste in mense se gedagtes vassteek (Comings 1990:19). Tog kom hierdie simptoom maar slegs by 60% van die ernstigste gevalle voor en by minder ernstige gevalle daal die voorkoms tot tussen 8 en 30 persent (Dijkman 1992:24). Die swetsery kan net soos die ander "tics" onderdruk word en vind soms binnensmonds plaas. Die gevloekery dra gewoonlik by tot 'n gevoel van skaamte by die lyer en sy of haar gesin, terwyl die ander trekkings meestal beter verdra word en as blote eksentrisiteit beleef word (Cohen, Ort, Leckman, Riddle & Hardin 1988:184).

2.2.3 Komorbiede simptome

Verskeie navorsers het bevind dat daar verdere simptome is wat met Tourettesindroom saamgaan (Dijkman 1992:22). Hierdie simptome word komorbiede simptome genoem en veroorsaak meestal meer ongeluk en probleme vir die persoon wat aan Tourettesindroom ly as die motoriese en vokale "tics". Die verskillende komorbiede simptome word hieronder gelys en bespreek.

Die komorbiede simptome lê op die periferie en die "tics" bly die sentrale kenmerke (Gericke 1994b). Die komorbiede simptome is ook die onderwerp van kritiek deur diegene wat gekant is teen 'n sogenaamde te maklike diagnosering van Tourettesindroom (Gericke 1994a). Die wye beeld van Tourettesindroom maak daarvan 'n maklike aflaaiplek, terwyl vergeet kan word dat die simptome ook by ander psigiatriese probleme voorkom.

2.2.3.1 Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring

Die kriteria vir hierdie versteuring wat gekenmerk word deur "inattention and impulsivity and in most cases hyperactivity" (Comings 1990:73) word deur DSM-III-R (APA 1987:56-57; Louw 1989:419) gegee as:

- * Die persoon peuter dikwels met sy of haar voete of hande of vroetel in sy of haar sitplek.
- * Hy of sy sit met moeite stil wanneer dit verwag word.
- * Hy of sy word maklik deur eksterne stimuli afgelei.

- * Die persoon ervaar 'n probleem met die afwag van sy of haar beurt.
- * Hy of sy roep dikwels 'n antwoord uit nog voordat die vraag gevra is.
- * Hy of sy ervaar 'n probleem met die voltooiing van take op instruksie van andere.
- * Hy of sy ervaar probleme met konsentrasie op 'n taak of spel.
- * Hy of sy skuif dikwels van een onvoltooide taak na 'n ander.
- * Hy of sy kan nie stil speel nie.
- * Hy of sy praat dikwels te veel.
- * Hy of sy val dikwels andere gedurende spel of geselskap in die rede.
- * Hy of sy luister dikwels nie na wat aan hom of haar gesê word nie.
- * Hy of sy verloor dikwels benodighede vir aktiwiteite tuis of by die skool.
- * Hy of sy neem deel aan fisiek gevaarlike aktiwiteite sonder om die gevolge te oorweeg.

Ten minste agt van hierdie eienskappe moet teenwoordig wees om 'n diagnose te regverdig en die eienskappe word gegee in afnemende orde van belangrikheid. Hierdie eienskappe moet 'n aanvang neem voor 'n ouderdom van sewe jaar en moet minstens ses maande duur (Comings 1990:73).

Comings (1990:98) is op grond van sy eie ervaring en navorsing oortuig dat aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring deel vorm van die spektrum van Tourette-sindroom. Hy word hierin ondersteun deur ander soos Dijkman (1992:28), maar daar is ook diegene wat van hom verskil soos Pauls en Leckman (1986:1177).

Totdat meer navorsing beskikbaar is, word Comings se siening en sy sinvolle verdeling van aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring in twee groepe aanvaar: suiwer aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring en aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring sekondêr tot Tourettesindroom. Laasgenoemde word soos volg gedefinieer:

* Dit voldoen aan die kriteria van DSM-III-R.

* Een of beide van die volgende is waar:

'n positiewe familiegeskiedenis van Tourettesindroom;

een of twee matige motoriese of vokaltiese trekkings, maar nie albei nie (Comings & Comings 1988:127).

Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring is 'n genetiese gedragsindroom en kan lewenslank 'n probleem bly en by volwasse mans manifesteer in 'n anti-sosiale persoonlikheid en alkoholisme. By volwasse vroue kan dit manifesteer in 'n histories-histrioniese persoonlikheid (Comings 1990:87). Al die simptome van swak konsentrasie, afleibaarheid, kort humeur, geïrriteerdheid, depressie, gemoedskommelings, en chaotiese verhoudings wat by kinders voorkom, kom ook by adolessente en volwassenes voor. Meer as die helfte van kinders wat hierdie versteuring het, ontgroeï dit

nie. Die simptome kan egter steeds met medikasie verlig word.

Samevattend sê Comings (1990:104):

"Other than the motor and vocal tics, attention deficit disorder is the most common symptom in individuals with Tourette syndrome. ADHD often has a far more disruptive impact on the life of the TS patient than the tics. In many cases ADHD can be the only manifestation of a Gts gene."

2.2.3.2 Leerprobleme

'n Leerprobleem kan gedefinieer word as "een discrepantie tussen aktueel schoolsukses (wat er uitkomt) en potensieel schoolsukses (wat er uit zou kunnen komen)" (Dumont 1976:17). Die kind met leerprobleme het met ander woorde 'n agterstand met lees, luistervermoë, taal, reken, skrif, denkvermoë en spreekvermoë by sy of haar klasmaats, terwyl sy of haar intellektuele vermoë binne normale perke is en daar geen ander fisieke probleem is nie. Kinders met Tourettesindroom kla dikwels dat hulle dom voel en nie die dinge kan regkry nie wat hulle maats kan regkry (Comings 1990:105). Leerprobleme is dan ook dikwels die aanmeldingsprobleem waarmee ouers met hulle kinders na opvoedkundige sielkundiges en ander kenners gaan.

Saam met die akademiese probleme het hierdie kinders probleme met die afneem van tydbeperkte toetse, hinkel en botsings met hulle onderwysers en klasmaats. Hierdie probleme saam met die leerprobleme veroorsaak meer ongemak as die trekkings wat met Tourettesindroom saamgaan. Skool as geheel is dikwels vir kinders met Tourettesindroom 'n probleem en 'n groot bron van

frustrasie (Comings & Comings 1987:733; Stefl & Rubin 1985:72).

Tourettesindroom-lyers se skoolprobleme kan gewyt word aan verskeie faktore. Die emosionele probleme waarmee hulle sukkel, kan 'n belemmerende effek op hulle kognitiewe prestasies hê. Dit kan ook hulle korttermyngeheue en herroeping beïnvloed. Motoriese trekkings belemmer hulle byvoorbeeld in skryf en vokale trekkings versteur die klassituasie. Medikasie wat vir aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring of Tourettesindroom toegedien word, kan ook leerprobleme vererger (Stefl & Rubin 1985:72).

Dit is dan geen wonder nie dat kinders met Tourette-sindroom meer dikwels as ander kinders in spesiale klasse of buitengewone onderwys beland (Dijkman 1992:29). Dit kan onder andere gewyt word aan die aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring wat in groter mate onder Tourettesindroom-lyers voorkom.

Comings (1990:111) merk op dat disleksie of leesprobleme in sommige persone met die Tourette-geen die enigste manifestasie van die sindroom kan wees.

2.2.3.3 Obsessiewe, kompulsiewe en ritualistiese handeling

Obsessiewe gedrag kan gedefinieer word as onwillekeurige, herhalende, aanhoudende idees, gedagtes, beelde of impulse wat die bewuste oorheers en gewoonlik as afstootlik, indringend en sinloos ervaar word (Louw 1989:139). Met kompulsies word bedoel die herhaling van oënskynlik doellose gedrag op 'n stereotipe manier. Alhoewel die sinloosheid van die gedrag erken word, dien dit tog as spanningsontlaaier (Louw 1989:140).

Navorsers is dit eens dat obsessief-kompulsiewe gedragsversteuring 'n integrale deel van Tourette-sindroom uitmaak (Comings & Comings 1985:446; Frankel, Cummings, Robertson, Trimble, Hill & Benson 1986:378; Grad, Pelcovitz, Olson, Matthews & Grad 1987:69; Turner, Beidel & Nathan 1985:431; Walkup, Leckman, Price, Hardin, Ort & Cohen 1988:375).

Obsessief-kompulsiewe simptome kom soms onder familie-lede van Tourettesindroom-lyers voor sonder dat hierdie familielede die sindroom het (Dijkman 1992:33). Walkup et al (1988:378) verklaar dit deur te stel dat by Tourettesindroom-lyers die kompulsies, obsessies en rituele verwant kan wees aan hulle "tics". Ook is dit so dat nie alle mense wat aan obsessief-kompulsiewe gedragsversteuring ly, 'n geskiedenis van Tourettesindroom of trekkings het nie.

Towbin (1988:144) bevind egter dat daar nog verdere navorsing nodig is oor die verwantskap tussen Tourettesindroom en obsessief-kompulsiewe gedragsversteuring. Die verskille en grense tussen "tics" en obsessies of kompulsies moet duideliker getrek word.

Nie alle Tourettesindroom-lyers wat obsessief-kompulsiewe gedrag toon, beleef hulle gedrag as steurend nie en daarom verloop daar dikwels 'n lang periode tussen die begin van die gedrag en die aanmelding daarvan (Dijkman 1992:32). Uit die lys wat nou gaan volg is dit egter duidelik dat van die gedrag vanweë hulle aard wel vir die Tourette-sindroom-lyer steurend in sy of haar daaglikse lewe sal wees.

Comings (1990:113) gee die volgende lys van kompulsies

wat by Tourettesindroom-lyers gevind word:

- * die aanraak van objekte op die "regte" manier
- * ooreet
- * aanhoudende gevroetel met dinge of klere
- * perfekte kleredrag
- * regstelling van foute
- * as iets met die een hand aangeraak is, moet die ander hand ook daaraan raak
- * plasing van objekte op net die regte plek
- * uittrek van hare
- * optrek van kouse
- * herhaalde kontrolering
- * ruik aan dinge
- * geld spandeer
- * oormatige praat
- * oormatige was van voedsel
- * oormatige was van hande
- * aanraking van eie of ander se geslagsdele
- * naelbytery

- * duimsuig
- * napraterij
- * braking
- * steel
- * alkohol- en dwelmmisbruik

Die volgende lys bevat van die mees algemene obsessies wat onder Tourettesindroom-lyers aangetref word (Comings 1990:116):

- * gedagtes oor uitskeidings
- * gedagtes oor geweld
- * gedagtes oor seks
- * tel in twee's
- * tel van objekte
- * koprolalie in die gedagtes
- * narcissisme (gedurig besig met eie voorkoms)
- * netheid en orde
- * "mind racing"
- * gedagtes oor getalle, woorde en skryf
- * gedagtes oor kos en eet
- * voorkeure vir sekere teksture (van byvoorbeeld kos of klere)

Die lysie is eindeloos aangesien enige aksie of gedagte obsessief of kompulsief kan word.

2.2.3.4 Gedragsprobleme

Persone wat aan Tourettesindroom ly, kom dikwels vanweë hulle gedrag in botsing met die mense rondom hulle. Uit die lys van problematiese gedrag wat dikwels onder Tourettesindroom-lyers voorkom, wat deur Comings (1990:131) gegee word, is dit duidelik dat die gedrag konflik sal veroorsaak:

- * woedebuie
- * argumenterende optrede
- * konfronterende optrede
- * alles moet gebeur soos wat hulle wil hê dit moet gebeur
- * alles is altyd iemand anders se fout
- * Jeekyll-en-Hyde-persoonlikheid
- * leuens
- * een oomblik kalm en die volgende woedend
- * onophoudelike geterg van broers en susters
- * kort humeur
- * glad met die mond
- * steel

- * teenpraterij
- * woede uitbarstings oor niks
- * aanvaar nie "nee" vir 'n antwoord nie

Dit moet beklemtoon word dat nie alle Tourettesindroom-lyers hierdie gedragsprobleme het nie. Waar dit wel voorkom begin dit reeds op 'n vroeë ouderdom en duur voort tot in die volwasse jare, waar dit meestal manifesteer in anti-sosiale gedrag soos drankmisbruik.

In die praktyke van hulpverleners wat met Tourette-sindroom werk, kom hulle met verskeie gedragsprobleme in aanraking. Dijkman (1992:36-39) brei die lys gedragsprobleme uit:

- * brandstigting
- * vandalisme
- * fisieke aanvalle op mense en dinge (staan ook bekend as "parent abuse")
- * gebrek aan respek vir volwassenes
- * seermaak van diere
- * onvermoë om behoeftebevrediging uit te stel
- * ongedissiplineerdheid
- * hardkoppigheid
- * negatiewe oor alles
- * onvermoë om te verdra om reggehelp te word

- * dominerendheid
- * lae selfbeeld
- * gebrekkige skuldgevoelens as ander ly
- * veeleisendheid
- * haat dit om self geterg te word
- * seksuele wangedrag

Baie van hierdie probleme kom inderdaad onder die breë publiek ook voor, maar sonder die ander simptome wat kenmerkend is van Tourettesindroom. Die sindroom kan dus maklik 'n aflaaiplek vir die meeste gedragsprobleme word en daar moet dus gewaak word teen oordiagnosering (Dijkman 1992:39). Waar gedragsprobleme ouers noodsaak om hulp te soek en Tourette-sindroom-simptome saam met die problematiese gedrag "ontdek" word, word nuwe perspektiewe vir die ouers geopen. Gewoonlik voel hulle skuldig en onbekwaam as ouers en kan hulle verligting vind in die wete dat hulle kind se wangedrag 'n genetiese verband met Tourettesindroom het (Comings 1990:131).

Persone wat aan Tourettesindroom ly en sodanige gedragsprobleme het, ervaar dit as iets wat buite hulle beheer val. So beskryf 'n tiener wat gereeld sy ma slaan die gebeure:

"There's something about her that makes me mad - I'm not sure what it is. I know she loves me and cares about me. But sometimes she makes me mad, and I just feel the urge to hit her. I wish I didn't do it. But I can't stop. Sometimes I feel like something is inside me, making me do

these things". (Riddle, Hardin, Ort, Leckman & Cohen 1988:154.)

Tog moet gewaak word teen "labelling", aangesien dit verskillende dilemmas kan meebring. Die persoon wat as Tourette-lyer gediagnoseer word kan dit as verskoning gebruik, juis optree soos wat mense sê hy of sy is, of die diagnose as inperkend beleef. Die verantwoordelikheid van die Tourette-lyer vir sy of haar eie gedrag moet nie uit die oog verloor word nie.

Soos wat Tourettesindroom in verskillende grade voorkom, word gedragsprobleme ook in grade ingedeel (Comings & Comings 1985:442).

Geen gedragsprobleme word as Graad 0 geklassifiseer.

Waar die kind se gedrag meer problematies is as dié van ander kinders in die gesin, word dit as Graad 1 beskou.

Met Graad 2 word gedrag wat ouers hulpeloos laat voel, aangedui. By hierdie groep word dikwels huweliksprobleme vanweë verskille oor die hantering van die kind aangetref.

Gedragsprobleme wat so ernstig is dat die persoon geïnstitusioneel moet word, word as Graad 3 beskou.

In hulle navorsing bevind Comings en Comings (1985:443) dat daar 'n verband bestaan tussen die aanvang van die "tics" en die graad van gedragsprobleme. Hoe vroeër die "tics" begin het, hoe ernstiger was die gedragsprobleme. Dikwels is die gedragsprobleme dan ook eerder die aanmeldingsprobleem as die trekkings.

2.2.3.5 Seksuele wangedrag

Sommige persone met Tourettesindroom het disinhibisionele of kompulsiewe seksuele gedrag soos seksuele aanraking van eie en ander se erogene sones, oormatige preokkupasie met seks, kompulsiewe masturbasie of ekshibisionisme (Comings 1990:171). Sowat 32% van alle Tourettesindroom-lyers toon onvanpaste seksuele gedrag - dus veel hoër as by die breë publiek. Hierdie probleme op seksuele gebied is voorspelbaar, aangesien Tourettesindroom-lyers algemene disinhibisionele gedrag toon (Dijkman 1992:43). Dit bring Tourettesindroom-lyers dikwels in die moeilikheid en stel hulle en hulle familie in die verleentheid en laat hulle sosiaal swak aanpas.

2.2.3.6 Fobies en angsaanvalle

Fobies kan gedefinieer word as aanhoudende, irrasionele vrese wat buite verhouding groot is en buite die persoon se beheer val. In die geval van kinders is hulle onvanpas vir die kind se ouderdom en ontwikkelingsfase (Epanchin & Paul 1987:169). Hierdie vrese meng in met 'n persoon se daaglikse funksionering, omdat die objek of situasie wat die vrees veroorsaak ten alle koste vermy word.

Die meeste mense beleef vrese, maar onder Tourettesindroom-lyers het Comings (1990:173) veelvuldige fobies opgemerk. Voorbeelde van fobies wat baie by Tourettesindroom-lyers voorkom, is vrese om in 'n groot groep mense te wees, vir openbare vervoer, om voor 'n klein groep op te tree, om alleen te wees, om in water te wees. Coffey, Frazier en Chen (1992:102) onderskei tussen angste wat verwant is aan obsessief-kompulsiewe gedrag en angste wat nie verwant is aan

obsessief-kompulsiewe gedrag nie. Beide kom baie voor onder Tourettesindroom-lyers.

Angsaanvalle met of sonder agorafobie (die vrees om die huis te verlaat of om alleen te wees) kom ook dikwels onder persone met Tourettesindroom voor. Hierdie angsaanvalle verskil van die angs wat feitlik almal dikwels beleef voor byvoorbeeld 'n eksamen, in die sin dat daar nie 'n direkte bedreiging is wat die gevoel kan veroorsaak nie. Ook hou die gevoel van angs aan vir minstens 'n maand. Hierdie angsaanvalle kan in sommige gevalle die enigste manifestasie van die Tourette-geen wees (Comings 1990:182).

'n Fobie wat dikwels onder kinders met Tourette-sindroom voorkom, is skoolfobie. Dit is maklik om te verstaan dat die kind met Tourettesindroom skool sal vrees, aangesien hy of sy gewoonlik saam met die trekkings aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring, leerprobleme en gedragsprobleme moet hanteer (Dijkman 1992:46).

2.2.3.7 Depressie

Die gevoel van terneergedruktheid wat almal soms ervaar, moet nie verwar word met die kliniese versteuring depressie nie. Depressie word gediagnoseer wanneer die volgende simptome teenwoordig is:

- * 'n gevoel van hartseer, terneergedruktheid en hulpeloosheid wat vir langer as twee weke duur;
- * gewigsverlies;
- * te min of te veel slaap;
- * rusteloosheid of apatie;

- * verlies aan belangstelling in plesiersverskaffende aktiwiteite;
- * moegheid;
- * 'n gevoel van waardeloosheid of skuldgevoelens of herhaalde gedagtes aan dood of selfmoordpogings (DSM-III-R APA 1987:136-137; Louw 1989:168-169).

Weereens het Comings (1990:183-190) opgemerk in sy navorsing dat Tourettesindroom-lyers dikwels probleme met depressie ervaar. Soms kan depressie die enigste manifestasie van die Tourette-geen wees en kom geen "tics" voor nie. Manie (gevoelens van vreugde, energie, optimisme en entoesiasme) kom dikwels saam met die depressie voor en Tourettesindroom-lyers is dus onderworpe aan geweldige gemoedskommelings.

2.2.3.8 Skisofrenie

Tourettesindroom en skisofrenie het verskeie fenomenologiese ooreenkomste (Takeuchi, Yamashita, Morikiyo, Takeda, Morita, Tamura & Kaiya 1986:247). Met skisofrenie word bedoel 'n groep geestesiektes wat manifesteer in kenmerkende versteurings van denke, emosie en gedrag. Die denkversteurings kan lei tot gebrekkige kontak met die werklikheid, versteurde assosiasies, asook delusies en hallusinasies. Die emosies is ambivalent en ontoepaslik, terwyl empatie met ander afwesig is. Die gedrag is regressief, bisar en afsydig. (Gouws, Louw, Meyer & Plug 1979, s.v. "skisofrenie".)

Tourettesindroom en skisofrenie toon baie ooreenkomste soos gesigtrekkings, stereotipe gedrag, obsessief-kompulsiewe gedrag en swak algemene aanpassing. Sommige Tourettesindroom-lyers het simptome wat aan

skisofrenie herinner, soos die hoor van stemme. Soms word persone wat aan Tourettesindroom ly dan verkeerdelik gediagnoseer as skisofrene (Comings 1990:203).

2.2.3.9 Slaapprobleme

Slaapprobleme kom onder baie Tourettesindroom-lyers voor en so ook die gepaardgaande enurese (bednatmaak) en enkoprese (bedvuilmaak) (Dijkman 1992:48). Persone wat aan Tourettesindroom ly, het dikwels probleme om aan die slaap te raak, hou soms vir kort rukkie op om asem te haal terwyl hulle slaap, word vroeg wakker en wil nie gedurende die dag slaap nie. Slaapwandel en nagmerries kom baie voor (Comings 1990:254).

2.2.3.10 Verskeie ander geassosieerde kenmerke

Comings (1990:255-293) noem nog verskeie ander simptome wat nie onder alle Tourettesindroom-lyers voorkom nie, maar wat hy en ander navorsers al dikwels onder Tourettesindroom-lyers opgemerk het.

- * Die oormatige drink van vloeistowwe.
- * Die mishandeling van eggenotes of kinders en soms selfs die mishandeling van ouers deur hulle (jong) kinders.
- * Geneigdheid tot allergieë.
- * Linkshandigheid.
- * Spesifieke onaangename liggaamsreuk.
- * Koliek by babas.

- * Koprografie of die neerskryf van vloekwoorde.
- * Ontploffende persoonlikheid.
- * Valse verlamming.
- * Vrees vir intimiteit.
- * Onvermoë om hitte te verdra en kry gou warm.
- * Onvermoë om stres te hanteer.
- * Intense jaloesie op ander mense.
- * Migraine hoofpyne.
- * Pluk van wenkbroue.
- * Swak handskrif en swak fyn motoriese koördinasie.
- * Swak geheue.
- * Selfbesering soos die byt van lippe en krap aan seerplekke.
- * Oormatige sweet.
- * Spraakprobleme.
- * Patologiese dobbel.
- * Alkoholisme.
- * Premenstruele sindroom.
- * Outisme (onttrekking in die eie wêreld) by veral kinders.

- * Obesiteit by veral vroulike lyers.

2.2.3.11 Die positiewe eienskappe van Tourettesindroom

Tourettesindroom het soos uit die voorafgaande duidelik blyk, 'n oorweldigende aantal negatiewe eienskappe en simptome. Tog bestaan daar ook 'n paar eienskappe wat met die sindroom geassosieer word wat as positief en sosiaal bevorderend beskou kan word. Soos wat alle Tourettesindroom-lyers nie alle negatiewe simptome soos hierbo gelys, toon nie en elke individu sy of haar eie unieke versameling simptome het, so vertoon nie alle Tourettesindroom-lyers hierdie positiewe kenmerke nie. Comings (1990:295) noem die volgende eienskappe as moontlike positiewe kenmerke van hierdie versteuring:

- * Kleurvolle taalgebruik.
- * Geanimeerde en uitbundige persoonlikheid.
- * Sin vir humor.
- * Baie intelligent en uiters suksesvol in studies en behaal baie grade.
- * Baie talentvol in musiek.
- * Bogemiddelde leesvermoë.
- * Baie kreatief.
- * Ambisieus en betrokke by baie aktiwiteite.

Gericke (1994a) voeg hierby dat sommige persone wat aan Tourettesindroom ly leiers is in hulle omgewing. Hulle dink ook soms meer in terme van konsepte in

plaas van detail. So kan hulle soms vinniger as ander mense iets soos 'n preek, 'n teorie of 'n flik snap. Hulle is soms nie-konformisties en is soms die eerste om verandering te inisieer. Martin Luther ('n moontlike Tourettesindroom-lyer uit die geskiedenis volgens Gericke (1994a)) wat ingesien het dat die Roomse kerk se konsep van sonde verkeerd is en toe met onvermoeibare ywer sy konsep van "genade alleen" versprei het, is 'n goeie voorbeeld hiervan.

'n Mate van obsessionaliteit dra daartoe by dat persone met Tourettesindroom uitstekende onderhandelars en bekwame regslui sou kon wees. Verder het sommige van hierdie persone uitstekende langtermyn geheues en besondere aanvoeling vir kleur en tekstuur. (Gericke 1994a.)

2.3 Die epidemiologie van Tourettesindroom

Waar hierdie versteuring aanvanklik as baie raar gereken is, stem die meeste navorsers vandag saam dat die voorkoms van Tourettesindroom veel hoër is. Oor die presiese persentasie van die populasie wat moontlik aan die versteuring kan ly, heers daar egter nog onsekerheid en navorsers verskil in hulle bevindinge. 'n Probleem waarmee hulle onder andere te kampe het, is die feit dat soveel mense die versteuring in so 'n ligte graad het dat hulle dikwels nie eers bewus is daarvan dat hulle die sindroom het nie. Die onkunde onder medici wat nie hulle pasiënte se Tourettesindroom-simptome herken nie, dra verder daartoe by dat dit moeilik is om presies die voorkoms van die sindroom onder 'n sekere bevolking te bepaal.

Baie navorsers wêreldwyd hou hulle dan juis besig met navorsing oor die voorkoms van Tourettesindroom. Zahner, Clubb, Leckman en Pauls (1988:80-83) noem die volgende

getalle wat reeds deur ander navorsers bereken is:

- * 10 per 10 000 buitepasiënte van psigiatriese klinieke vir kinders in die VSA.
- * 0,05 per 10 000 in Rochester, VSA.
- * 9,3 per 10 000 seuns in Noord-Dakota, VSA.
- * 1,0 per 10 000 dogters in Noord-Dakota, VSA.
- * 0,77 per 10 000 volwasse mans in Noord-Dakota, VSA.
- * 0,22 per 10 000 volwasse vroue in Noord-Dakota, VSA.
- * 2,87 per 10 000 kinders in Monroe Couty, New York, VSA.

In Israel het Apter, Pauls, Bleich, Zohar, Kron, Ratzoni, Dycian, Kotler, Weizman en Cohen (1992:61-65) 'n interessante studie onder adolessente gedoen. Die toestand was ideaal, aangesien alle adolessente tussen 16 en 17 jaar in Israel deur die weermag geëvalueer word vir fisiese, psigologiese en kognitiewe geskiktheid vir diensplig. Dit was dus vir die navorsers moontlik om alle lede van 'n populasie te bestudeer - iets wat as 'n gebrek by ander navorsing ervaar is. Hulle het die volgende voorkomssyfers bevind:

- * 4,9 per 10 000 seuns.
- * 3,1 per 10 000 meisies.

Comings (1990:615) bevind in sy navorsing 'n veel hoër

voorkoms onder kinders in een skooldistrik in Los Angeles, VSA:

* 1 per 95, of 105 per 10 000 seuns.

* 1 per 760, of 13 per 10 000 dogters.

Die hoë insidensie by Comings kan moontlik gewyt word aan sy wyer definisie van Tourettesindroom wat meer simptome insluit.

Verdere navorsing oor die voorkoms van Tourettesindroom is nog nodig om die groot verskille tussen navorsers se bevindinge te verklaar en by te lê.

Volgens Gericke (1994a; 1994b) is die voorkoms in Suid-Afrika besonder hoog vanweë ons geografiese isolasie en die relatief klein aantal families. So skat hy byvoorbeeld op grond van navorsing wat onder skoolgaande blanke kinders in Transvaal gedoen is, dat die draers van die Tourette-geen so veel as 13% (of 1 300 per 10 000) van die Transvaalse blanke bevolking kan wees.

Verdere redes vir hierdie hoë voorkoms kan moontlik lê in die geskiedenis van die Gereformeerde kerk. Dit wil naamlik lyk asof mense met historiese bande met hierdie kerk dikwels Tourettesindroom manifesteer. Ook is mense met Tourettesindroom geneig om met mekaar te trou en word dit dikwels gevind dat kinders met die sindroom se ouers albei die geen dra. (Gericke 1994a.)

Alhoewel navorsers dus verskil oor die voorkoms van Tourettesindroom, is dit uit die verskillende syfers duidelik dat die voorkoms van die versteuring hoër is onder die manlike geslag as die vroulike geslag. Uit die syfers van byvoorbeeld Comings kan gesien word dat die verhouding seuns tot dogters baie hoog is. Apter en andere (1992) in

Israel vind 'n veel kleiner verskil in die aantal seuns wat Tourettesindroom het in vergelyking met die aantal meisies wat die sindroom het, maar daar is nietemin 'n groter aantal seuns as meisies met Tourettesindroom gediagnoseer. Die rede hiervoor is nog nie bevredigend nagevors nie.

Tourettesindroom kan ook nie aan 'n bepaalde bevolking gekoppel word nie, alhoewel sommige navorsers dit wel probeer doen en die Oos-Europese Jode, die Baske en die Iere uitsonder (Gericke 1994). Navorsing word gedoen om die moontlike verband tussen die Franse Hugenate, wat baie tot die Suid-Afrikaanse bloedlyne bygedra het, en Tourette-sindroom na te gaan.

2.4 Die natuurlike verloop van Tourettesindroom

Danksy die toename in navorsing is daar tans redelik baie bekend oor die aanvang van Tourettesindroom en die invloed daarvan op die kind. Minder is egter bekend oor die langtermyn prognose vir die persoon met Tourettesindroom. Bruun (1988:22-38) gee die volgende tipiese verloop van die versteuring.

2.4.1 Die kinderjare

Die gemiddelde ouderdom waarop die eerste simptome na vore kom, is sewe jaar. Dit kan egter ook so vroeg as twee jaar of so laat as twintig jaar oud begin. Die eerste simptoom is meestal 'n motoriese trekking in die gesig soos byvoorbeeld die knip van oë. Vokale trekkings soos snuif of keelskoonmaak kom ook voor. Na die aanvanklike "tics" volg ander in periodes wat wissel in ernstigheidsgraad. Saam met die trekkings kom die komorbiede simptome soos hierbo bespreek voor en veroorsaak dikwels meer ongemak as die trekkings.

2.4.2 Adollessensie

Vir die meeste mense is die jare van adollessensie problematies vanweë die toenemende sosiale druk, verhoogde behoefte aan aanvaarding en groepsdruk. Vir die tiener wat aan Tourettesindroom met die gepaardgaande trekkings en gedragsprobleme ly, is dit soveel moeiliker. Waarskynlik vanweë die seksuele ontwikkeling wat met hierdie fase gepaardgaan, kom koprolalie en koprografie nou soms voor.

Gelukkig kom dit ook in die meeste gevalle voor dat die simptome verminder en soms heeltemal verdwyn. Dit kan moontlik gedeeltelik verklaar word deur die feit dat van die adollessente getrou hulle medikasie neem.

2.4.3 Volwasse jare

Die meeste pasiënte sê dat die eerste dekade van hul lewe die slegste was met 'n verbetering in die tweede dekade. Gedurende die derde dekade verbeter die simptome nog verder en in hierdie geval speel medikasie geen rol nie. Saam met hierdie positiewe inligting is egter gevind dat die volwasse Tourette-sindroom-lyers swakker sosiaal aangepas is as 'n kontrolegroep. Hulle kla oor aggressie en gemoedskommelings en die meeste het 'n geskiedenis van terapie of berading in die een of ander vorm. Verhoudings met familieleden is dikwels chaoties. Verdere navorsing oor die volwasse jare is egter nog nodig en baie min is nog bekend oor Tourettesindroom en bejaardheid.

Alhoewel Tourettesindroom dus 'n lewenslange "siekte" is, verbeter die meeste lyers se simptome soos wat hulle ouer word. Die verbetering in medikasie en terapeutiese kundigheid saam met 'n vroeë diagnose,

verhoog 'n persoon se kanse op 'n "normale" lewe.

2.5 Die etiologie van Tourettesindroom

Navorsing oor die oorsake van hierdie sindroom kon nog nie tot 'n enkelvoudige bevredigende antwoord kom nie. Oor die algemeen word daar gesoek na 'n genetiese oorsaak en stem die meeste navorsers saam dat die spektrum van simptome en die skynbare oorerflikheid die beste deur genetika verklaar kan word. Hierdie siening word tans nog sterk gekritiseer en daar bestaan nog geen uitsluitel hieroor nie. Die moontlike spesifieke geen is nog nie gelokaliseer nie, maar sodra dit gebeur sal die diagnosering van Tourettesindroom dramaties verbeter en nie meer op kliniese bewyse alleen hoef te berus nie.

Comings en die groep navorsers wat sy standpunte ondersteun (byvoorbeeld Gericke), steun die beskouing dat Tourette-sindroom 'n genetiese oorsprong het. Hierdie verhandeling val ook in by hierdie beskouing van die sindroom, maar erken dat dit nog finaal bewys moet word. Waar na Comings en sy navolgers verwys word, is dit opvallend dat terme soos "Tourette-geen" gebruik word en in sodanige navorsers se definisies van die sindroom word die sindroom dan ook as geneties oorerflik beskryf. Daar moet egter steeds deur die leser in gedagte gehou word dat daar nog nie onomstootlik bewys is dat Tourettesindroom aan 'n geen gekoppel kan word nie. Totdat die geen gelokaliseer is, steun hierdie verhandeling nog Comings se teorie van 'n (moontlike) "Tourette-geen".

Navorsers kyk ook na die moontlike rol wat die serotonien- en dopamienvlakke in die brein by Tourettesindroom kan speel (Gericke 1994a; Singer & Walkup 1991:28).

Ander navorsers kyk weer na die rol wat afwykings in die

samestelling van die brein kan speel. So skryf Singer en Walkup (1991:28) byvoorbeeld: "In our opinion, Tourette syndrome is compatible with a dysfunction involving basal ganglia circuitry, although there is no firm evidence."

Saam met hierdie fisiologiese oorsake moet die omgewingsfaktore nie uit die oog verloor word nie. Persone met die Tourette-geen is besonder sensitief vir hulle omgewings (Gericke 1994a). Berecz (1992:23vv) is een van die navorsers wat voorstanders is van 'n etiologie wat berus op die ontwikkelingsielkunde alleen. Hy verklaar simptome soos "tics" as die kind se manier om te kompenseer vir sy of haar ontwikkelingsbehoefte wat nie bevredig is nie. Saam met die somatiese trekkings as kenmerk van Tourettesindroom gaan die obsessief-kompulsiewe versteuring as die kognitiewe komponent.

Comings (1990:654) beklemtoon dat selfs al sou die wetenskap alle omgewingsfaktore en genetiese faktore wat Tourettesindroom veroorsaak kon bepaal, sou die optrede van 'n individu steeds slegs in algemene terme bepaal kon word. Die sogenaamde chaosfaktor voorkom dat ons presies kan voorspel hoe 'n persoon gaan optree.

2.6 Die behandeling van Tourettesindroom

Tourettesindroom is wel 'n lewenslange versteuring, maar die meeste en soms selfs alle simptome kan met medikasie voorkom en behandel word (Gericke 1994b). Die trekkings is die maklikste om te behandel en middels soos haloperidol, pimozide en clonidine werk effektief. Navorsers gaan steeds onverpoos voort om nog beter middels te vind.

Shapiro en Shapiro (1988:270) gee 'n paar riglyne wat in ag geneem moet word by die farmakologiese behandeling van Tourettesindroom.

- * Die laagste moontlike dosis moet toegedien word en dan ook net as die persoon se daaglikse funksionering werklik negatief beïnvloed word.
- * Die dosering word bepaal deur "trial and error" en moet na 4 tot 7 dae geëvalueer word.
- * Die medikasie moet ook verkieslik geneem word wanneer die persoon gaan slaap.
- * Die medikasie is nie verslawend nie, maar moet stadig verminder word wanneer die persoon daarmee wil ophou.

Ook die komorbiede simptome soos aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring kan farmakologies behandel word. Saam met die medikasie is gedragsterapie dikwels ook nodig. Gericke (1994a) verkies dat 'n span kundiges by die behandeling van Tourette-sindroom-lyers betrokke is, maar beklemtoon dat enige vorm van terapie of berading meer suksesvol is as die persoon gereeld sy of haar medikasie neem. Persone wat 'n bydrae kan lewer, is mediese dokters, kliniese -, opvoedkundige -, voorligtingsielkundiges, arbeidsterapeute en pastors. Die rol van onderwysers in die herkenning en hantering van die sindroom moet ook nie uit die oog verloor word nie.

Navorsing word ook gedoen oor die effek van voedselsoorte en ander middels soos kalsium, nikotien en litium. Die verwantskap tussen voedingstowwe en Tourettesindroom is egter voorlopig nog baie spekulatief.

HOOFSTUK DRIE

TOURETTESINDROOM EN PASTORAAT

3.1 Inleiding

Die pastor streef daarna om in sy of haar pastorale beraad 'n goeie persoonlike verhouding te stig en te onderhou met die persoon wat hom of haar kom sien vir pastorale berading. Hiervoor is dit onontbeerlik dat die optrede van die pastor deur sorg, warmte, geduld en noukeurige begrip gekenmerk sal word. Die pastor word in die woorde van Blom (1981:92) 'n "vervanger" wat funksioneer as 'n ligpunt in die nag.

Dieselfde kan seker van die psigoterapeut en sielkundige gesê word, en die vraag is dus nou wat die pastor anders maak as byvoorbeeld die psigoterapeut en die sielkundige. Die antwoord lê in die teologiese gerigtheid van die pastor. Sy of haar invalshoek is vanuit die teologie en hy of sy word gerig deur die verlossingsboodskap van die Evangelie. Die pastor wil met beraad die sorgende liefde van God vir hierdie wêreld demonstreer (De Jongh van Arkel 1991b:116). Anders gestel: Die pastor beoefen pastoraat.

Die pastor het dan in sy of haar werk 'n pastorale onderbou. Bepaalde pastorale vertrekpunte kan gekies word om aan die pastor rigting gee. In die geval waar 'n pastor met persone werk wat met Tourettesindroom worstel, word van hierdie vertrekpunte spesifiek relevant. Hier gaan nie op alle sake en moontlike vertrekpunte ingegaan word nie. 'n Raamwerk wat in die pastoraat deurlopend op die agtergrond kan funksioneer, word gegee. Hierdie vertrekpunte kan funksioneer in alle pastoraat, maar kan soms veral funksioneel wees vir die pastorale beraad aan Tourette-sindroom-lyers.

Hierdie verhandeling wil ook na hierdie algemene raamwerk 'n sentrale saak uitlig wat van belang kan wees by die pastoraat aan Tourettesindroom-lyers.

3.2 Vertrekpunte ten opsigte van pastorale beraad

3.2.1 Die proses van pastorale beraad

Oor die proses van pastorale beraad het verskillende skrywers tot verskillende insigte gekom. So sien Gerkin (1984:26) die pastor as iemand wat hoofsaaklik luister na verhale/stories en hulle interpreteer. Mense soek 'n pastor op omdat hulle iemand benodig wat na hulle storie of lewensverhaal kan luister. In die geval van persone wat met Tourettesindroom gekonfronteer word, is dit dikwels so dat hulle graag aan iemand wat empaties kan luister hulle verwarde storie wil vertel (Gericke 1994a).

3.2.2 Die effek van pastorale beraad

Die pastor is nie net 'n luisteraar na stories nie, maar ook die draer van sy of haar eie storie en ander stories (Gerkin 1984:27). Die pastor kom nie met leë hande na die taak tot verstaan van die ander se storie nie. Hy of sy bring 'n eie interpretasie van die lewe (en Tourettesindroom) na die pastorale gebeure. Hierdie interpretasies word gevorm deur opvoeding, lewenservaring en opleiding.

Saam soek die pastor en kliënt na nuwe interpretasies van die rou ervaring wat die weg open na 'n hoopvolle toekoms. Dit maak beraad 'n dialogiese hermeneutiese proses oor taalgrense heen waarby sowel die pastor as die kliënt betrokke is.

By hierdie siening van die pastorale beradingsproses as 'n gebeure wat tot verstaan lei, kan Heitink se siening gevoeg word. Heitink (1984:15) definieer pastoraat as hulpverlening. Dit maak van pastoraat 'n vorm van dienslewering gerig op die kerk sowel as die samelewing. Pastoraat as hulpverlening impliseer dan dat dit sekere funksies het.

3.2.3 Die funksies van pastorale beraad

- * Genesing/heling, waarmee bedoel word die moontlike positiewe gevolge van die pastorale optrede met betrekking tot die gesondheid en welsyn van mense in die ruimste sin van die woord.
- * Bystand, waarmee bedoel word die aangaan en onderhouding van 'n verhouding met 'n mens in nood met as moontlike gevolg dat hy of sy getroos en ondersteun voel op sy of haar pad.
- * Begeleiding, waarmee bedoel word die geestelike leiding wat aan mense gebied word waardeur hulle gehelp word om op grond van hulle lewensooruigting hulle eie keuses te bepaal en beslissings te neem en so te groei in 'n selfstandige geestelike funksionering.
- * Versoening, waarmee bedoel word dat mense wat vervreemd is van mekaar, hulself, of God tot hulself kom, aanvaarding en vergewing ervaar en so in nuwe verhoudings leer lewe. (Heitink 1984:289-311.)

Dit is verder belangrik dat die pastor in gedagte sal hou dat in die pastorale gebeure God in sy woord tot mense sal kom (Firet 1977:25). Pastoraat moet

verkonkretisering van die Evangelie wees. Dit gee aan pastoraat twee dinamiese momente.

3.2.4 Die momente van pastorale beraad

Pastorale beraad het twee momente, naamlik die hermeneutiese en agogiese (Fiet 1977:125). Pastorale beraad is hermeneuties as dit tot verhoogde verstaan lei. En dit is agogies as die verhouding tussen die pastor en die kliënt lei tot positiewe verandering en nuwe perspektiewe. Beide momente stel bepaalde eise van openheid, ontvanklikheid, kreatiwiteit en diskresie aan die pastor, maar is terselfdertyd afhanklik van die werking en krag van die Heilige Gees.

Samevattend kan gesê word pastoraat is gespreksmatige sorgende handeling in diens van die evangelie wat mense help om die ware aard van liefde (en DIE LIEFDE) te leer ken, beide as iets om te ontvang en as iets om te gee (De Jongh van Arkel 1991b:115).

3.2.5 Ander belangrike aspekte van pastorale beraad

Verskillende aspekte vorm deel van pastoraat en ook van pastorale beraad as een vorm of gestalte van pastoraat. De Jongh van Arkel (1991b:120) noem hierdie aspekte:

- * Dit gaan hier om 'n ontmoeting en gesprek met individue en/of groepe.
- * Pastoraat is gerig op mense in unieke en verskillende situasies.
- * Alles word gedoen op sorgende wyse.

- * Die pastor is 'n Christen wat gemotiveer word deur sy of haar geloof.
- * Die pastor is 'n verteenwoordiger van 'n kerk en sy of haar werk is deel van die geloofshandeling wat die wese van die evangelie van Christus kommunikeer.
- * Die sorg is gerig op die hele mens binne al sy of haar verhoudinge binne 'n bepaalde sosiale en kulturele konteks.
- * Alles vind plaas binne die konteks van God se koms na ons en sy interaksie met ons met die bedoeling dat betekenis, bevryding, troos, verligting, opstanding, verheldering en verandering plaasvind.

By hierdie aspekte wat van toepassing is op pastorale beraad kan nog andere gevoeg word, wat moontlik die hantering van Tourettesindroom meer kan verhelder.

3.2.6 Die rol van die pastor

Campbell (1981:24) noem drie beelde waarmee die pastor sy of haar rol in die pastorale berading kan verstaan.

Die eerste beeld is dié van 'n herder. Dit dui op die moed wat berading van die pastor verg en die risikos wat hy of sy aangaan. Die beeld van die herder dui op die versorging en leiding wat van die pastor uitgaan.

Die tweede beeld is dié van die gewonde geneser. Wonde is 'n teken van weerloosheid en wonde bring mense nader aan mekaar. Die blote ervaring van wonde bring egter nie genesing nie, maar "by acknowledging our wounds and facing our finitude we too can be

healers of others" (Campbell 1981:42).

Die derde beeld is dié van die wyse nar wat nie alles verintellektualiseer nie, maar spontaan optree en soos 'n kind glo. Die pastor as wyse nar is lojaal aan Christus ten alle tye en plaas diens aan en liefde vir andere eerste in sy of haar lewe. Die nar is uniek in die sirkus en so is die pastor ook uniek in die span hulpverleners en die meer naïewe en kreatiewe spanlid. Hy of sy keer ook as dit moet die bestaande orde van die dag om - soos Jesus.

3.2.7 Die metode van pastorale beraad

Daar bestaan nie net een vasgestelde metode vir die beoefening van pastorale beraad nie. Dit bly die persoonlike keuse van die pastor.

Die Dictionary of Pastoral Care and Counseling (Hunter 1990:832-835) gee 'n voëlvlug oor die pastorale metodes wat tans in gebruik is. Onderrig uit die Bybel, interpretasie van die Bybel, en die verwoording van etiese standpunte gegrond op die Bybel het die konstante verantwoordelikheid van pastors gebly. 'n Verdere metode van pastoraat is 'n tipe prediking - met name prediking wat God se betrokkenheid by individue en groepe in hul omstandighede beklemtoon. Gebed, meditasie en geestelike leiding vorm ook deel van die metodes wat vir pastoraat gebruik kan word.

In die twintigste eeu het 'n paar nuwe invloede op die metode van pastoraat ingewerk. So het langtermyn psigoterapeutiese pastorale berading na vore getree met die gepaardgaande intensiewe opleiding van pastors. Pastorale beraad word deur die verskillende sielkundige skole, soos psigoanalise, Gestaltterapie, en andere, beïnvloed. Ook die psigiatrie het groot

invloed op pastoraat gehad. Sogenaamde "retreat centers" word ook al hoe meer populêr.

Ongeag watter metode van pastoraat gebruik word, kan die pastor daarby baat om aan 'n paar temas of aspekte wat deur Pattison (1988:1) genoem word, aandag te gee. Hierdie temas of aspekte is belangrik vir die metode van pastoraat en ook pastorale beraad, maar word in groot mate geïgnoreer. Hierdie temas kan spesifiek relevant wees vir die pastorale berading van Tourettesindroom-lyers.

Die eerste saak wat Pattison (1988:33) aanraak, is etiek. In die pastorale beradingsproses is daar 'n spanning tussen die soeke na wat reg is en liefdevolle aanvaarding. Die pastor moet etiek integreer met empatie - dit is veral waar van die pastor wat met Tourettesindroom-lyers werk wat, soos gesien kan word uit die beskrywing van die simptome van die sindroom, dikwels teen die aanvaarde norme van die gemeenskap optree. Die volgende sake kan as riglyne gebruik word in die aanspreek van 'n persoon se etiek:

- * Konfrontasie moet altyd binne die konteks van aanvaarding plaasvind.
- * Die pastor moet die reg tot konfrontering verdien deur empatie.
- * Konfrontasie moet vraend geskied en dus van eksplorاسie en ontdekking getuig.
- * Die konfrontasie moet die kliënt self laat besluit om te verander en dus aantreklik wees.

Die gevare van etiese konfrontasie is dat die pastor sal konfronteer voor hy of sy verstaan, sal veral-

gemeen, te vinnig sal veroordeel, te voorskrywend sal wees of te veel skuldgevoelens sal versterk. Hierdie gevare is in die hantering van persone met Tourette-sindroom baie toepaslik en moet in ag geneem word soos blyk uit die uiteensetting van die kliniese beeld van die versteuring in Hoofstuk twee.

(Die tema van pastoraat en etiek binne die konteks van Tourettesindroom word later in hierdie hoofstuk meer uitvoerig bespreek.)

Die tweede saak wat Pattison (1988:55) uitlig as belangrik vir pastoraat en ook vir pastorale beraad, is dissipline/tug. Daar is naamlik 'n noue verband tussen sorg en beheer en baie mense beleef pastoraat dan negatief as tug. Hierdie siening moet na 'n positiewe siening van pastoraat as hulp in groei, vorming en ontwikkeling verander word. In die pastorale praktyk beteken dit dat die pastor nie sal straf nie, maar gerig sal wees op ontwikkeling. Die "tug" moet pas by die persoon en hom of haar inspireer in plaas van dryf. Daar moet steeds ruimte wees vir spontaneïteit en menslikheid. Dissipline/tug moet self-dissipline/tug wees.

Pattison (1988:106) raak ook aan die rol van die Bybel in pastoraat. Die Bybel kan verkeerd aangewend word, maar dit neem nie weg dat die Bybel gewis 'n plek het binne pastorale beraad nie. Die pluralisme binne die verskillende Bybelboeke moet egter in gedagte gehou word. Die Bybel mag ook nie misbruik word vir gesag nie en die pastor mag ook nie agter die Bybel wegkruip nie. Die Bybel moet altyd herinterpreteer word en daar moet in gedagte gehou word dat verskillende tekste vir verskillende mense verskillende dinge beteken. Volgens Gericke (1994a) het hy dikwels ervaar dat persone met Tourettesindroom moeg is vir

die maklike prekie van mense uit die Bybel en die pastor moet by hierdie komplekse saak nie simplisties uit die Bybel aanhaal nie.

Die tema van mislukking is 'n verdere saak wat aandag geniet. Mislukking gaan altyd saam met die strewe na sukses en is die risiko wat die pastor loop. Pastoraat wat verkeerd gerig is, sal misluk en te min kennis kan ook tot mislukking lei. Tog moet die pastor aanvaar dat mislukking deel is van menswees. Jesus kan gesien word as die grootste "mislukking" in die geskiedenis. Mislukking het waarde in pastorale beraad. Dit herinner ons aan ons menslikheid, bevorder gemeenskap, verdiep ons godsdiens en vergroot ons hulpvaardigheid. Die persoon met Tourettesindroom het moontlik al dikwels in sy of haar lewe misluk en sal moontlik ook in die pastorale beradingsproses van tyd tot tyd mislukking ervaar. Die pastor en die persoon kan dan saam van mislukking iets positief maak en nie sommer handdoek ingooi nie.

Die laaste tema wat deur Pattison (1988:169) aangeraak word, is humor. Humor minimaliseer nie lyding nie, maar omvat dit. Op grond van die Bybel word God en Jesus nie geassosieer met humor en lag nie. Tog is humor universeel, menslik en 'n refleks. Binne pastorale beraad het humor waarde, omdat dit dui op die betrokkenheid van mense en gemeenskap en warmte bevorder. Dit is verrykend en bevorder selfaanvaarding. Tourettesindroom omvat nie net tragiek nie, maar het ook humoristiese momente. Die pastor sou veel kon doen om die Tourettesindroom-lyer te laat afstand neem van sy of haar situasie deur humor te betrek. Humor mag egter nooit sinies en arrogant aangewend word nie.

3.2.8 Die benadering in pastorale beraad

Ten slotte moet beklemtoon word dat daar 'n groeiende bewustheid is dat die benadering in pastoraat te individualisties was en nog is (De Jongh van Arkel 1991b:147). Die ekosisteemdenke as meta-teorie in die Praktiese Teologie (De Jongh van Arkel 1991a:61) kan hierdie probleem onderskep. 'n Persoon word dan gesien as deel van 'n geheel en sy of haar gedrag word gesien binne die konteks van daardie persoon se verhoudinge met andere. Die persoon met Tourette-sindroom se gesin en familie word daarom betrek by die diagnose en die behandeling.

3.3 'n Moontlike kernmoment in die pastoraat aan Tourette-sindroom-lyers

Verskillende navorsers sal verskillende momente uitlig as die kern van Tourettesindroom. Op grond van die literatuur wat bestudeer is en die onderhoude wat aangehoor is, wil hierdie verhandeling die verlies aan beheer uitlig as 'n kernmoment van Tourettesindroom wat deur die pastoraat aangespreek moet word.

Soos gesien kan word uit die beskrywing van die sindroom in Hoofstuk 2, beleef die lyer simptome waaroor hy of sy weinig of geen beheer het nie. So is daar die trekkings, kompulsiewe gedrag, obsessies, depressie, aggressie, en die vele ander simptome wat die optrede van die Tourette-sindroom-lyer bisar en onaangenaam vir hom- of haarself en andere maak. Die lyer is dikwels bewus van die negatiewe aard van sy of haar gedrag, maar ervaar 'n verlies aan beheer oor sy of haar optrede. Soos die tiener wat sy ma geslaan het, sê in Hoofstuk 2: "...I can't stop. Sometimes I feel like something is inside me making me do these things." (Riddle, Hardin, Ort, Leckman & Cohen 1988:154.)

Soos egter ook gesien kan word uit die beskrywing van die sindroom in Hoofstuk 2, is Tourettesindroom behandelbaar. Daar is medikasie beskikbaar wat die trekkings verminder of selfs laat verdwyn. Anti-depressante kan voorgeskryf word vir depressie en obsessief-kompulsiewe versteurings. Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring kan met medikasie verbeter word. Psigoterapie, gedragsterapie en gesins-terapie word deur verskillende sielkundiges aangebied om gedragsprobleme en verhoudingsprobleme aan te spreek. Tourettesindroom is dus nie 'n versteuring wat totaal buite beheer kan voortwoed nie.

In die VSA het navorsers wat met die sindroom werk, reeds begin vrae vra oor die verantwoordelikheid van die lyer vir sy of haar gedrag ten spyte van die simptome wat saam met die sindroom gaan. Die trekkings, byvoorbeeld, kan in die meeste gevalle onderdruk word wanneer die persoon byvoorbeeld in die openbaar is en eers later tot uitbarsting kom. So antwoord Comings (1990:672) ook op die hipotetiese probleem van 'n misdadiger wat in die hof skuil agter sy uitlewering aan die simptome van Tourettesindroom: "Our fundamental view is that TS patients are responsible for their behavior regardless of their diagnosis."

Tourettesindroom-lyers is dus nie uitgelewer aan die sindroom en die gepaardgaande problematiese simptome nie en kan verantwoordelikheid neem vir hulle optredes en hulle lewens.

Hierdie moontlikheid om self verantwoordelik te wees, om self beheer te neem, moet dan deur die pastor aangespreek word. Tourettesindroom-lyers ervaar soveel pyn in hulle lewens dat die pastor in sy of haar empatie en begrip so sterk kan fokus op ondersteuning dat die aspek van eie verantwoordelikheid oor die hoof gesien kan word. Prakties gesien, kan daar onmiddellik gedink word aan die oproep tot verantwoordelikheid in die gereelde gebruik van die

voorgeskrewe medikasie en die gereelde bywoon van terapie-sessies en/of pastorale berading. Maar nie net die praktiese sake moet aandag geniet nie - ook die emosionele en geestelike aspekte gepaardgaande met die probleemgedrag.

Pastoraat (pastorale berading) aan die Tourettesindroom-lyer het dus as 'n sentrale moment die oproep tot verantwoordelikheid. Saam met hierdie moment moet daar egter ook 'n moment van hoop wees. Die pastor moet in die gebroke werklikheid van die Tourettesindroom-lyer die verlossende genadeboodskap van die Evangelie bring. Die persoon het, in die woorde van Paulus, 'n "doring in die vlees", maar hy of sy kan in die lig van God se genade nog steeds 'n verantwoordelike en hoopvolle lewe lei.

Hierdie bogenoemde twee momente, sluit dan aan by die bekende Gereformeerde skema van INDIKATIEF (die gegewe hoop en genade) en IMPERATIEF (die oproep om te leef vanuit hierdie genade).

Wanneer daar nou voorts gekyk word na die pastorale optrede teenoor Tourettesindroom-lyers en hulle gesinne binne hierdie skema, sluit hierdie verhandeling aan by die gedagtes van Don S. Browning in sy boek Religious Ethics and Pastoral Care.

Die pastor gaan in die pastoraat die etiek van die Tourettesindroom-lyer moet aanspreek. Die pastor kan eties nie neutraal staan nie en pastorale sorg vind altyd plaas binne 'n etiese raamwerk, al wil sommige pastors dit ontken (Hunter 1990:365). (Soms sal dit natuurlik nodig wees om etiese norme tydelik buite rekening te laat om eers die onderstrominge van 'n optrede na die oppervlak te bring en te verstaan.)

Die tyd wanneer die etiese in die pastorale proses ter sprake sou kon kom, hang af van die behoeftes van die

Tourettesindroom-lyer. Die pastor kan saam met die persoon bepaal of ondersteuning of konfrontasie aandag moet geniet. Uit die omskrywing van die simptome is dit ooglopend dat die Tourettesindroom-lyer baie pyn ervaar en ondersteuning sal waarskynlik die etiese konfrontasie moet voorafgaan en ook steeds moet voortgaan tydens die aanspreek van die persoon se moraliteit - en moontlik veral dan.

Die denke oor moraliteit kan baie verwarrend wees. Browning (1983:53) stel vyf vrae voor wat gevra kan word om meer struktuur aan die denke oor moraliteit te gee. Hierdie vrae met hulle analitiese aard mag egter nooit die begrip, besorgdheid, en empatie van die pastor verdryf of vervang nie.

1. "What kind of world or universe constitutes the ultimate context of our action?"
2. "What are we obligated to do?"
3. "Which of all our human tendencies and needs are we morally justified in satisfying?"
4. "What is the immediate context of our action and the various factors which condition it?"
5. "What specific roles, rules, and processes of communication should we follow in order to accomplish our moral ends?"

Die eerste vraag lê op die metaforiese vlak. As mense dink ons na oor ons wêreld in metafore en simbole. As Christene word ons gelei deur na God te verwys as die Skepper, Regter en Verlosser. Hiermee verwoord ons die ervaring dat God in beheer staan van die lewe. God as Skepper en Regter verwoord die feit dat die skepping goed was, maar nou

verval het in sonde en konflik. God as Verlosser open die moontlikheid tot vergifnis en vernuwing. God se genade stel die mens in staat tot berou, verandering en toewyding tot 'n nuwe lewe.

Bogenoemde metafore stel ons egter nie volledig in staat om al die komplekse probleme van Tourettesindroom (seksuele wangedrag, fobies, alkoholisme, kindermishandeling, en so meer) aan te spreek nie. Spesifieke beginsels, reëls en waardes moet by die verhaal van Christus en ons verhouding met Hom gevoeg word om ons morele denke te rig en te vorm. Dit bring mens dan by die tweede vlak, naamlik die "obligational level" wat saamhang met vraag 2. Vir die Christen is die twee beginsels van liefde en geregtigheid die hooftake of verpligtings ("obligations").

Hierdie verpligtings bly abstrak tensy dit uitgebrei word met 'n teorie oor die behoeftes van die mens, en dit word deur die derde vlak van morele denke aangespreek: die neiging-behoefte vlak ("tendency-need level"). Kennis van die behoeftes van mense kan die pastor uit eie ervaring, godsdienstige en kulturele tradisies, en die menswetenskappe (soos sielkunde) bekom. Veral laasgenoemde se feitelike inligting is van nut vir die pastor wat hom of haar bevind in 'n wêreld waarin mense verskil van mening oor wat hulle basiese behoeftes is.

Die volgende vlak is die kontekstueel-voorspellende vlak. Op hierdie vlak poog die pastor en sy of haar kliënt om die situasie waarmee hulle gekonfronteer is te verstaan binne hulle etiese deliberasie. Hier speel sosiologie en sielkunde (en kennis van Tourettesindroom) 'n belangrike rol. Hier word gevra na die konsekwensies van etiese norme binne 'n bepaalde konteks.

Na die vorige vier vlakke kom mens dan by die vyfde vlak (reël-rol), waarbinne mens reëls en rolle formuleer om die

praktyk te organiseer. Hierdie reëls is veranderlik binne verskillende situasies, maar die hoër vlak beginsels van verpligting behoort onveranderlik te wees. Die reëls word egter nie verander om meer goeie dinge vir meer mense te bewerkstellig nie, maar om 'n meer regverdige verspreiding van goed vir almal wat deel is van die situasie te bewerk.

Vir Browning (1983:99) is "pastoral care...first of all a matter of care for the systems within which people live... Never to be forgotten, however, are the actual people within those systems, the specific persons who are sometimes troubled, broken, and in pain...This is why pastoral care needs ways of understanding not only the sociosystems themselves, but also the individuals who are influenced by them."

Om tot hierdie verstaan te kom, kan die vyf vlakke van morele nadenke soos hierbo beskryf, gebruik word. Hulle help om die vraag te beantwoord "Wat is die situasie?", en hulle kan help om die vraag te beantwoord "Wat behoort die situasie te wees?" In die geval van die persoon wat aan Tourettesindroom ly, kan die vraag beantwoord word: "Ek het Tourettesindroom - wat nou?"

HOOFSTUK VIER

SAMEVATTING, KONKLUSIES EN AANBEVELINGS

4.1 Inleiding

Hierdie verhandeling gaan oor verskillende mense met verskillende probleme, verskillende vorme van pyn, maar ook mense wat iets in gemeen het: dieselfde oorsaak vir hulle probleme en pyn: Tourettesindroom. Die sindroom manifesteer op tallose verskillende maniere by verskillende mense en verskil ook in graad van erns.

Baie onsekerheid bestaan nog rondom die sindroom, maar dit wil tog lyk of dit meer algemeen voorkom as wat navorsers aanvanklik vermoed het. Waar dit voorheen as baie raar gereken is, is die kanse vandag goed dat 'n pastor in sy pastorale beradingswerk met hierdie sindroom gekonfronteer kan word. En dan word spesiale kundigheid van hom of haar vereis. Die Tourettesindroom-lyer benodig nie net medikasie nie, maar ook hulp in gedragsverandering - sou mens die wyer definisie van Tourettesindroom aanvaar soos wat hierdie verhandeling wel doen. En dit is dan ook nie net die Tourettesindroom-lyer self wat hulp benodig nie, maar ook sy of haar gesin.

4.2 Samevatting

As gevolg van die eie aard van Tourettesindroom het die lyer en sy of haar gesin spesifieke hulp nodig en daarom moet die pastor oor spesifieke kundigheid besit. In die eerste hoofstuk is die invalshoek van die pastor vanuit die praktiese teologie, en spesifiek die pastoraat, omskryf.

Die pastor is besig met sorgende handelinge in diens van die Evangelie en sy of haar optrede word gekenmerk deur medemenslikheid, hartlikheid en warmte. Onmiddellik word die pastor se pastorale optrede dan anders as dié van, byvoorbeeld, die sielkundige, omdat hy of sy in sy of haar werk deel vorm van die werk van die Christelike kerk, en hy of sy besig is met Christelike handelinge van liefde in die konteks van die samelewing. Hierdie handelinge is van kundige en opgeleide aard en word van ander sorgende optredes onderskei as pastorale beraad.

Behalwe dat die pastor moet weet wat sy of haar pastorale gerigtheid is, moet hy of sy ook kennis dra van die spesifieke aard van die probleme van Tourettesindroom. Die kompleksiteit van die sindroom en die spektrum van moontlike simptome is in Hoofstuk twee omskryf. Hiermee is die vraag na die aard, simptome en verloop van Tourettesindroom dan beantwoord.

Die trekkings ("tics") wat sentraal staan in die diagnose van Tourettesindroom, mag moontlik nie die aanmeldingsprobleem wees waarmee 'n persoon na die pastor kom nie. Heel waarskynlik sal dit eerder een of meer van die moontlike komorbiede simptome wees wat die persoon na 'n pastor laat kom vir hulp. Die persoon kan reeds deur 'n medikus gediagnoseer wees as 'n Tourettesindroom-lyer, maar dit kan ook dalk vir die pastor nodig wees om die persoon te verwys vir 'n mediese diagnose as hy of sy Tourette-sindroom vermoed.

Die pyn waarmee die lyer saamleef, is duidelik uit die omskrywing van simptome soos depressie, kompulsiewe optredes, obsessies, hiperaktiwiteit en al die ander probleemgedrag waarmee die lyer en sy of haar gesin moet saamleef. Die Tourettesindroom-lyer is dikwels gekonfronteer met versteurde verhoudings met hom- of haarself, ander mense en God. Die lyer het dalk al

dikwels mislukking ervaar en twyfel heel waarskynlik aan sy of haar eie vermoëns en menswaardigheid.

Te midde van al die moontlike simptome kan die pastor verward voel en nie seker weet wat om presies aan te spreek naas die ondersteuning wat hy of sy moet bied nie. Daarom is dit dalk sinvol om 'n kernmoment van die sindroom se effek op 'n persoon uit te lig. Daar is natuurlik meer as een moontlike kernmoment, maar hierdie verhandeling wil tog op grond van die literatuur wat bestudeer is en die gesprekke wat aangehoor is, poog om een sentrale moment wat by alle lyers aan die sindroom mag voorkom, uit te lig.

'n Kernmoment in die lyer se belewenis van Tourettesindroom is dan volgens hierdie verhandeling die gevoel van verlies aan beheer. Die persoon kan uitgelewer voel aan die sindroom en mag ook die sindroom as 'n verskoning gebruik vir negatiewe en onverantwoordelike gedrag. Die persoon kan skuil agter sy of haar "uitlewering" aan die sindroom.

Al hierdie bogenoemde moontlike belewenisse van die Tourettesindroom-lyer skep vir die pastor spesifieke invalshoeke vir pastorale insette. 'n Paar pastorale vertrekpunte is daarom in Hoofstuk drie omskryf. Spesiale aandag is gegee aan die moment van die eie verantwoordelikheid van die lyer ten opsigte van sy of haar optrede te midde van die sindroom.

Pastoraat as gespreksmatige sorgende handelinge in diens van die evangelie wil die Tourettesindroom-lyer se verstaan van sy of haar situasie verhoog en ook positiewe verandering bewerkstellig en nuwe perspektiewe open. Dit is dan onvermydelik dat die pastor die etiek van die lyer sal moet aanspreek en hom of haar op morele vlak sal moet konfronteer. Dit kan op verskeie wyses benader word, maar hierdie verhandeling sluit aan by die benadering van Browning.

4.3 Konklusies

Ofskoon nog verdere navorsing oor Tourettesindroom gedoen moet word, is daar tans reeds genoeg inligting beskikbaar vir die hulpverleningsprofessies om Tourettesindroom-lyers en hulle gesinne by te staan en te help. Die simptome waarmee die persoon gediagnoseer kan word, is bekend en die medikasie wat tans beskikbaar is, skyn effektief te wees vir die probleme wat daarmee aangespreek kan word. Die gedragsprobleme en disharmoniese verhoudings kan ook aangespreek word en geheel word, byvoorbeeld deur die pastor en pastorale berading.

Deur die gesin en die Tourettesindroom-lyer in die eerste plek van inligting aangaande die sindroom te voorsien, word hulle tot 'n beter begrip van die sindroom gebring. Deur beter begrip mag volg aanvaarding van en meer verdraagsaamheid vir die Tourettesindroom-lyer en sy of haar simptome deur die persoon self en sy of haar gesinslede. Deurdadig die probleme in perspektief geplaas word, is dit vir die persoon en die gesin moontlik om aan die disharmoniese verhoudings te werk. Die gesin moet in die ideale situasie aan die Tourettesindroom-lyer die nodige veilige struktuur voorsien waarbinne die persoon sy of haar volle potensiaal kan ontwikkel.

Soos wat navorsers meer te wete kom van hierdie sindroom (en spesifiek wanneer hulle dit gaan lokaliseer), sal die sindroom makliker en duideliker gediagnoseer word, maar tot dan moet die pastor werk met die gegewe trekkings saam met komorbiede simptome soos wat hulle tans bekend is. Om nie vas te val in 'n situasie waarbinne hy of sy dan bloot net ondersteunend optree uit gebrek aan sekerheid oor die sindroom nie, kan die pastor aanvaar dat die persoon steeds die verantwoordelikheid behou vir sy of haar eie optrede en nie uitgelewer is aan die sindroom nie. Die Tourette-sindroom-lyer is nie net 'n willose slagoffer van die

sindroom nie en dit open nuwe perspektiewe op die moontlikheid tot gedragsverandering.

Bogenoemde neem egter nie weg dat die lyer en die mense naby hom of haar met baie pyn gekonfronteer word nie. Die pyn en lyding moet deur die pastor aangespreek word en vertroosting en ondersteuning moet op medemenslike wyse gebied word. Tourettesindroom-lyers kan moontlik nêrens anders hierdie warmte en begrip vind nie, omdat hulle gedrag dikwels so bisar, irrasioneel en onvoorspelbaar is en nie toegeskryf kan word aan 'n meer algemeen bekende siektetoestand nie. Dit kan gebeur dat die persoon vir 'n lang tydperk ongediagnoseer bly en dat mense dan weinig simpatie vir hom of haar het.

Uit die simptome wat beskryf is, kan mens aflei dat dit baie vermoeiend kan wees om met die simptome saam te leef - vir beide die persoon met die sindroom en die mense rondom hom of haar. En wanneer hierdie negatiewe simptome nie deur 'n siektetoestand "verklaar" kan word en daaraan toegeskryf kan word nie, mag dit gebeur dat die persoon met Tourettesindroom net verwerp word as iemand vir wie mens nie kan lief wees en mee saamleef nie.

Onmiddellik het die pastor dus hier 'n verdere rol om te speel, naas die voorsiening van inligting. Hy of sy kan plaasvervangend vir die gesin 'n hawe van warmte en aanvaarding wees. Waar moontlik moet die gesin egter hierdie hawe wees en die pastor kan, as hy of sy die vertrouwe van die gesin verwerf het, hierdie hawe heropbou.

Sou die persoon se simptome egter binne die perspektief van 'n bepaalde sindroom, naamlik Tourette, geplaas word, kan begin word met begrip, aanvaarding en die aanspreek van probleemgedrag. Hier het die pastor dan nog 'n rol om te speel - nie net as iemand wat inligting verskaf en ondersteuning bied nie, maar as iemand wat rigtinggewend die

persoon help om sy of haar gedrag te verander en te herkanaliseer in meer positiewe rigtings. Die pastor kan naamlik as 'n rolmodel vir morele waardes en etiese optredes deur die persoon met Tourettesindroom gereken word.

By alles wat reeds gesê is, word van die veronderstelling uitgegaan dat die Tourettesindroom-lyer op 'n vrywillige basis in kontak met die pastor is en self ook daarop gerig is om tot verstaan van sy of haar situasie te kom en dit te verbeter. In die geval van 'n persoon wat nie wil erken dat daar probleme in sy of haar lewe is nie en nie sy of haar gedrag wil aanspreek nie, sal die pastor 'n ander benadering moet volg om eers die persoon sover te kry om vrywillig na beradingsessies te kom. Hierdie verhandeling wil nie poog om te omskryf hoe dit gedoen kan word nie en fokus vanweë die beperkte omvang daarvan op persone met Tourettesindroom wat bewus is van hulle probleme en na die pastor kom om konstruktief iets daaraan te doen.

Die pastor se rol in hulpverlening aan Tourettesindroom-lyers is dus drieledig:

1. Die verskaffing van inligting aangaande die aard en simptome van die sindroom, die impak wat dit op mense se lewens kan hê, en die behandeling daarvan. Die doel hiervan is om die persoon se begrip vir sy situasie en sy of haar aanvaarding daarvan te verhoog.
2. Die gee van ondersteuning, begrip en aanvaarding op 'n warm en medemenslike wyse om lyding en eensaamheid te verlig.
3. Konfrontering op etiese vlak en die oproep van die eie verantwoordelikheid om weer beheer te neem van die eie optrede met die doel om negatiewe gedrag te verbeter en verhoudings te heel.

Die pastor se rol in hulpverlening aan die gesinslede van die Tourettesindroom-lyer is bykans dieselfde:

1. Die verskaffing van inligting aangaande die sindroom om die gesin se begrip vir en aanvaarding van die lyer te verhoog en ook om insig in hulle eie situasie en reaksie te vergroot.
2. Die gee van ondersteuning, begrip en aanvaarding om lyding binne die gesin te verlig en te vergoed vir die wanbegrip en verwerping wat meestal deur die gesinslede in die gemeenskap ervaar word.
3. Konfrontering op etiese vlak om die gesin op te roep tot verantwoordelike optrede teenoor die persoon met Tourettesindroom.

Om inligting te kan verskaf aangaande die sindroom, sal die pastor op hoogte moet bly van die navorsing rondom die sindroom. Genoeg leesstof is egter beskikbaar hieroor sonder dat die pastor hom of haar in die mediese wetenskap hoef te bekwaam.

Om ondersteunend en begrypend op te tree, verg van die pastor sy of haar pastorale bekwaamhede as Christen wat op meer amptelike wyse die liefdesboodskap van die Evangelie aan die wêreld uitdra. Ook hier is kennis dus noodsaaklik: enersyds van die pastoraat en andersyds van die sindroom.

Om iemand eties te konfronteer, verg ook van die pastor bepaalde bekwaamhede en 'n bepaalde aanslag. Die pastor sal teologiese temas soos sonde, lyding, berou, vergifnis, versoening, hoop en so meer moet deurwerk om aan iemand te kan oordra en te betrek by die pastorale beradingsproses. Die konfrontasie moet steeds op medemenslike manier benader word en nie net moraliserend geskied nie. Een benaderingswyse tot morele denke wat gevolg kan word, is dié van D.S. Browning. (Sien Hoofstuk 3.)

Browning (1983:51-52) stel die volgende stappe voor in die proses van pastoraat:

1. Die ervaring van die probleem.
2. Aandag en luister.
3. Kritiese analise en luister.
4. Besluitneming en strategieëbepaling.

Die vyf vlakke van morele nadenke behoort in al die stappe te funksioneer, maar veral in die derde stap. Al vyf vlakke van morele nadenke word egter nie noodwendig tegelykertyd in een bepaalde situasie deur pastoraat aangespreek nie. Soms is die pastor se sorg primêr gerig op die metaforiese en geloofsvlakke van 'n persoon. Soms fokus dit op die verpligtingsvlak en die ontwikkeling van morele waardes. Soms fokus dit op die vlak van behoeftes.

In die geval van die Tourettesindroom-lyer sal al vyf vlakke waarskynlik aangespreek moet word:

1. Na alle waarskynlikheid sal die bestaande metafore waarmee die lyer sy of haar wêreld beskryf, ontleed en moontlik herskryf moet word. Dit kan wees dat die gelowige lyer byvoorbeeld ly onder die metafoor van God as die Regter wat almal oordeel, aangesien sy of haar optrede so "on-Christelik" is. Die metafoor van God as Verlosser wat die moontlikheid tot vernuwing open, kan verkondig word.

Tog bly dit problematies, want Tourettesindroom-lyers voel dikwels dat die metafoor "ek-is-tot-alles-in-staat-deur-Christus-wat-my-krag-gee" nie op hulle van toepassing is nie, aangesien hulle

so dikwels terugval in die negatiewe gedrag wat saam met hulle sindroom gaan (Gericke 1994a).

2. Daarom moet die verpligtings van die tweede vlak bygevoeg word. Om die komplekse gedragsprobleme en verhoudingsprobleme van die Tourettesindroom-lyer aan te spreek, moet spesifieke reëls en waardes geformuleer word. Pattison se waarskuwings vir die aanspreek van 'n persoon se etiek, soos vroeër in hierdie hoofstuk onder punt 3.2.7 bespreek, is hier van waarde.
3. Op die neiging-behoefte vlak is dit duidelik dat dit juis die neigings en behoeftes van die persoon met Tourettesindroom is wat hom of haar in konflik met die omgewing bring. Die pastor en die persoon kan saam tot verstaan kom van wat aanvaarbare neigings en behoeftes is, gebaseer op hulle intuïtiewe ervarings, oorgeërfde tradisies en die menswetenskappe.

Die Tourettesindroom-lyer kan tot verstaan kom van die behoeftes wat hom of haar dryf, en, belangriker nog, tot verstaan kom van die style en modaliteite van lewe wat hy of sy gebruik om hierdie behoeftes te bevredig. Die persoon se behoeftes vorm motiveringspatrone vir sy of haar gedrag. Hierdie style en modaliteite gaan in die geval van Tourettesindroom dan dikwels gepaard met angs, skuld en skaamte.

Die maniere waarop iemand sy of haar behoeftes bevredig, vorm deel van die storie wat aan die pastor vertel word. Hierdie maniere van sosiale interaksie staan ook in noue verwantskap met die persoon se geloof van hoe die wêreld skyn om te wees. Dit is belangrik om tot verstaan van

hierdie dinge te kom, want mense se kognitiewe vermoë om veranderinge in hulle lewe aan te bring, word gekondisioneer deur hulle emosionele en motiveringspatrone. Morele oordele word ook meestal gemaak op grond van die styl waarop behoeftes bevredig word.

Die pastor kan nou tot hulp kom vir die persoon met negatiewe style en modaliteite vir die bevrediging van behoeftes, deur uit te wys dat die negatiewe ervarings van die verlede nie die finale betekenis van die wêreld en die moontlikhede daarvan is nie. Sy of haar punte in Matriek is miskien swak, maar dit beteken nie dat alles wat hy of sy later in die lewe gaan aanpak weer swak resultate gaan lewer nie. Die pastor kan aan die Tourettesindroom-lyer uitwys dat "... there are grounds for a different set of expectations, grounds for altering our preferred modalities and themes in such a way that we become open to possibilities to which we were once quite blind" (Browning 1983:112-113).

4. Op die vierde vlak, die kontekstueel-voorspelende vlak, kyk die pastor na die konteks van die Tourettesindroom-lyer. Hy of sy probeer ook bepaal hoe realisties die persoon se persepsie van die konteks is. Om iemand te help moet die pastor weet hoe die persoon sy of haar omstandighede waarneem en wat sy of haar kapasiteit is tot realistiese oordele. (In die sielkunde staan dit bekend as ego-sterkte.) Dit is dus 'n manier wat die pastor kan benut om die persoon met Tourette-sindroom beter te verstaan.
5. Op die vlak van reëls en rolle word vrae gevra soos: Weet die persoon watter rol hy of sy moet

speel in verskillende situasies? Verstaan hy of sy die implisiete of eksplisiete reëls wat hierdie rolle bepaal? Onderskryf hy of sy hierdie reëls of rebelleer hy of sy daarteen? Kan hy of sy met innovering rolle verander? Kan hy of sy die rolle in verband bring met die ander vier vlakke van praktiese morele denke?

Die vlak van reëls en rolle sluit ook praktiese strategieëbepaling in. Hier moet besluit word wat gedoen moet word en hoe dit gedoen gaan word. In die bepaling van doelstellings is dit miskien beter om kleiner stappe op 'n keer te neem as om 'n haas onbereikbare eindideaal voor oë te neem.

Wanneer die etiek van die Tourettesindroom-lyer dan so aangespreek word en hy of sy opgeroep word tot verantwoordelikheid en die neem van beheer oor sy sindroom, is die rituele van skuld en berou, vergifnis en vernuwing baie belangrik.

Bogenoemde is 'n moontlike raamwerk vir die pastoraat aan persone met Tourettesindroom. Watter metode of styl van pastoraat die pastor egter ook al beoefen, sal die etiek van die lyer aangespreek moet word in samehang met die ondersteunende rol wat die pastor kan speel. In bogenoemde is die individu beklemtoon, maar die sisteme waarin hy of sy hom of haar bevind kan nie buite rekening gelaat word nie. Die gesinslede sal ook betrek moet word by die pastorale sessies en ook die etiese momente in hulle optrede teenoor die lyer sal aangespreek moet word, naas die ondersteuning wat die pastor aan hulle kan bied. Binne 'n gesin wat met Tourettesindroom worstel, sal nuwe reëls en rolle geformuleer moet word.

4.4 Aanbevelings

Dit is nie die plek van hierdie verhandeling om te wys op die navorsingsleemtes op die terrein van Tourettesindroom binne die mediese, farmakologiese, genetiese en sielkundige wetenskappe nie. Binne die veld van die Praktiese Teologie en Pastoraat is Tourettesindroom egter nog 'n braak land en is daar vele temas rondom hierdie onderwerp waaroor daar nog besin kan (en moet) word. 'n Paar voorstelle van sodanige temas is die volgende:

1. Die rol van teologiese temas soos hoop, vergifnis, sonde, berou, verlossing, lyding en so meer in die pastorale hantering van Tourettesindroom.
2. Die verhouding tussen die pastor en die ander hulpwetenskappe gemoeid met die hulpverlening aan die Tourettesindroom-lyer.
3. Die rol van die kerk se tug by die pastorale hantering van Tourettesindroom.
4. Die Godsbeskouing van die Tourettesindroom-lyer.
5. Die Tourettesindroom-lyer se beleving van pastorale beraad soos voorgestel in hierdie verhandeling.
6. Die hantering van Tourettesindroom in huwelikspastoraat.

4.5 Slotsom

Hierdie studie se doelstellings was om die aard, verloop en omvang van Tourettesindroom te omskryf, en om 'n moontlike kernmoment van die sindroom waarop pastoraat kan inspeel te omskryf. In hierdie doelstellings is geslaag na litera-

tuurstudie en die voer van gesprekke met 'n kundige op die terrein van Tourettesindroom. Maar soos Jacob Bronowski (soos aangehaal deur Viljoen 1991:70) gesê het:

"There is no absolute knowledge. And those who claim it, whether they are scientists or dogmatics, open the door to tragedy. All information is imperfect."

BIBLIOGRAFIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington: American Psychiatric Association.
- APTER, A., PAULS, D.L., BLEICH, A., ZOHAR, A.H., KRON, S., RATZONI, G., DYCIAN, A., KOTLER, M., WEIZMAN, A. & COHEN, D.J. 1992. A population-based epidemiological study of Tourette Syndrome among adolescents in Israel, in Tourette Syndrome: Genetics, neurobiology, and treatment. New York: Raven:61-66.
- BEHAR, D. & STEWART, M.A. 1982. Aggressive conduct disorder of children. Acta Psychiatrica Scandinavica. 65:210-220.
- BERECZ, J.M. 1992. Understanding Tourette Syndrome, obsessive compulsive disorder and related problems. New York: Springer.
- BLOM, M.B. 1981. Engagement en interventie. s'Gravenhage: Boekencentrum B V.
- BROWNING, D.S. 1983. Religious ethics and Pastoral Care. Philadelphia: Fortress.
- BRUUN, R.D. 1988. The natural history of Tourette's Syndrome, in Tourette's Syndrome and tic disorders: clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:21-39.
- CAMPPBELL, A.V. 1981. Rediscovering pastoral care. London: Darton, Longman & Todd.
- CHASE, T.N. 1992. Tourette Syndrome: Genetics, neurobiology, and treatment. New York: Raven.

- CHASE, T.N., FRIEDHOFF, A.J. & COHEN, D.J. 1992. Preface, in Tourette Syndrome: Genetics, neurobiology, and treatment, editors T.N. Chase, A.J. Friedhoff & D.J. Cohen. New York: Raven:xv-xvii.
- COFFEY, B., FRAZIER, J. & CHEN, S. 1992. Comorbidity, Tourette Syndrome, and anxiety disorders, in Tourette Syndrome: Genetics, neurobiology, and treatment, editors T.N. Chase, A.J. Friedhoff & D.J. Cohen. New York: Raven:95-104.
- COHEN, D.J., BRUUN, R.D. & LECKMAN, J.F. 1988. Preface, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:xi-xv.
- COHEN, D.J., ORT, S.I., LECKMAN, J.F., RIDDLE, M.A. & HARDIN, M.T. 1988. Family functioning and Tourette's Syndrome, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:179-196.
- COMINGS, D.E. 1990. Tourette Syndrome and human behavior. Duarte: Hope.
- COMINGS, D.E. & COMINGS, B.G. 1985. Tourette Syndrome: Clinical and psychological aspects of 250 cases. American Journal of Human Genetics. 37:435-450.
- COMINGS, D.E. & COMINGS, B.G. 1987. A controlled study of Tourette Syndrome. I. Attention-deficit disorder, learning disorders, and school problems. American Journal of Human Genetics. 41:701-741.
- COMINGS, D.E. & COMINGS, B.G. 1988. Tourette's Syndrome and Attention Deficit Disorder, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:119-136.

- DE JONGH VAN ARKEL, J.T. 1987. A paradigm for pastoral diagnosing. D.Th.-proefskrif, Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.
- DE JONGH VAN ARKEL, J.T. 1988. Die pastoraat: Noodsaaklike onderskeidings ('n posisiebepaling na 25 jaar). Praktiese Teologie in Suid-Afrika. 5:1-13.
- DE JONGH VAN ARKEL, J.T. 1991a. Ekosisteedenke as meta-teorie in die Praktiese Teologie. Praktiese Teologie in Suid-Afrika. 6(1): 61-74.
- DE JONGH VAN ARKEL, J.T. 1991b. Sorg, in Praktiese Teologie: enigste studiegids vir PTA 100-T (Inleiding in die praktiese teologie), deur Pieterse...[et al]. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika:103-153.
- DIJKMAN, R. 1992. Die Tourette se sindroom: Riglyne vir ouerbegeleiding. M.Ed.-verhandeling, Universiteit van Pretoria, Pretoria.
- DUMONT, J.J. 1976. Leerstoornissen. 1. Theorie en model. Rotterdam: Lemniscaat.
- EPANCHIN, B.C. en J.L. PAUL 1987. Emotional problems of childhood and adolescence. Columbus: Merrill.
- FIRET, J. 1977. Het agogisch moment in het pastoraal optreden. Kampen: Kok.
- FRANKEL, M., CUMMINGS, J.L., ROBERTSON, M.M., TRIMBLE, M.R., HILL, M.A. & BENSON, D.F. 1986. Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette's Syndrome. Neurology. 36:378-383.
- GERICKE, G.S. 1994a. Professor Menslike Genetika, UP. Persoonlike onderhoud. 25 Februarie, Pretoria.

- GERICKE, G.S. 1994b. Professor Menslike Genetika, UP. Radiopraatjie. 19 Augustus, Pretoria.
- GERKIN, C.V. 1984. The living human document. Nashville: Abingdon.
- GERKIN, C.V. 1986. Widening the horizons. Philadelphia: Westminster.
- GOGGIN, J.E. & ERICKSON, H.M. 1979. Dilemmas in diagnosis and treatment of Gilles de la Tourette Syndrome. Journal of Personality Assessment. 43(4): 339-346.
- GOUWS, L.A., LOUW, D.A., MEYER, W.F. & PLUG, C. 1979. Psigologiewoordeboek. S.v. "skisofrenie". Johannesburg: McGraw-Hill.
- GRAD, L.R., PELCOVITZ, D., OLSON, M., MATTHEWS, M. & GRAD, G.J. 1987. Obsessive-compulsive symptomatology in children with Tourette's Syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 26:69-73.
- HEITINK, G. 1984. Pastoraat als hulpverlening. Kampen: Kok.
- HEYNS, L.M. & PIETERSE, H.J.C. 1991. Eerste treë in die Praktiese Teologie. Pretoria: Gnosis.
- HUNTER, R.J. (Edit.) 1990. Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Nashville: Abingdon.
- JAGGER, J., PRUSOFF, B.A., COHEN, D.J., KIDD, K.K., CARBONARI, C.M. & JOHN, K. 1982. The epidemiology of Tourette's Syndrome: A pilot study. Schizophrenia Bulletin. 8:267-277.
- JANKOVIC, J. 1992. Diagnosis and classification of Tics and Tourette Syndrome, in Tourette Syndrome: Genetics, neurobiology, and treatment, editors T.N. Chase, A.J. Friedhoff & D.J. Cohen. New York: Raven:7-14.

- KING, A.C. & OLLENDICK, T.H. 1984. Gilles de la Tourette disorder: A review. Journal of Clinical Child Psychology. 13(1): 2-9.
- LECHKY, O. 1991. Physicians lack knowledge about Tourette's Syndrome, conference told. Canadian Medical Association Journal. 145(3): 246-248.
- LECKMAN, J.F. & COHEN, D.J. 1988. Descriptive and diagnostic classification of Tic Disorders, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun en J.F. Leckman. New York: Wiley:3-19.
- LOUW, D.A. 1989. Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg: Southern.
- PATTISON, S. 1988. A critique of pastoral care. London: SCM.
- PATTON, J. 1983. Pastoral counseling: A ministry of the church. Nashville: Abingdon.
- PAULS, D.L., HURST, C.R., KRUGER, S.D., LECKMAN, J.F., KIDD, K.K. & COHEN, D.J. 1986. Gilles de la Tourette's Syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity. Archives of General Psychiatry. 43: 1177-1179.
- PIETERSE, H.J.C. 1986. Praktiese teologie mondig? Skrif en Kerk. 7(1): 63-73.
- PIETERSE, H.J.C. 1993. Praktiese Teologie as kommunikatiewe handelingssteorie. Pretoria: RGN.
- RIDDLE, M.A., HARDIN, M.T., ORT, S.I., LECKMAN, J.F. & COHEN, D.J. 1988. Behavioral symptoms in Tourette's Syndrome, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:151-162.

- ROBERTSON, M.M. 1989. The Gilles de la Tourette Syndrome: The current status. British Journal of Psychiatry. 154:147-169.
- ROGNESS, A.N. 1970. Forgiveness and confession. Minneapolis: Augsburg.
- SANDOR, P. 1993. Gilles de la Tourette Syndrome: a neuropsychiatric disorder. Journal of Psychosomatic Research. 37(3):211-226.
- SHAPIRO, A.K. & SHAPIRO, E. 1982. An update on Tourette Syndrome. American Journal of Psychotherapy. 36(3):379-390.
- SHAPIRO, A.K. & SHAPIRO, E. 1988. Treatment of Tic Disorders with Haloperidol, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:267-280.
- SINGER, H.S. & WALKUP, J.T. 1991. Tourette Syndrome and other Tic Disorders: Diagnosis, pathophysiology, and treatment. Medicine. 70(1):15-32.
- STEFEL, M.E. & RUBIN, M. 1985. Tourette Syndrome in the classroom: Special problems, special needs. Journal of School Health. 55(2): 72-75.
- SVERD, J., CURLEY, A.D., JANDORF, L. & VOLKERSZ, L. 1988. Behavior disorder and attention deficits in boys with Tourette Syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 27:413-417.
- TAKEUCHI, K., YAMASHITA, M., MORIKIYO, M., TAKEDA, N., MORITA, K., TAMURA, T. & KAIYA, H. 1986. Gilles de la Tourette's Syndrome and schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease. 174: 247-248.

- TOWBIN, K.E. 1988. Obsessive-Compulsive symptoms in Tourette's Syndrome, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley:137-150.
- TURNER, S.M., BEIDEL, D.C. & NATHAN, R.S. 1985. Biological factors in obsessive-compulsive disorders. Psychological Bulletin. 97:430-450.
- VILJOEN, C.D. 1991. Professionele tug in die onderwys. B.Ed.-verhandeling, Universiteit van Pretoria, Pretoria.
- WALKUP, J.T., LECKMAN, J.F., PRICE, R.A., HARDIN, M., ORT, S.I. & COHEN, D.J. 1988. The relationship between obsessive-compulsive disorder and Tourette's Syndrome: A twin study. Psychopharmacology Bulletin. 24: 375-379.
- ZAHNER, G.E.P., CLUBB, M.M., LECKMAN, J.F. & PAULS, D.L. 1988. The Epidemiology of Tourette's Syndrome, in Tourette's Syndrome and Tic Disorders: Clinical understanding and treatment, editors D.J. Cohen, R.D. Bruun & J.F. Leckman. New York: Wiley: 79-90.